



Universiteit Twente
de ondernemende universiteit

Welke effect heeft de Turkse vrouwen groepstherapie bij Dimence? Een case study

Bachelor opdracht
Veiligheid en Gezondheid
Universiteit Twente
Enschede
2010

Maraïke Borth (s0159131)
Begeleider:
Bertina Herford
Ernst Bohlmeijer
Gerben Westerhof

Abstract

Dit onderzoek was bedoeld om het effect van de Turkse vrouwen groepsbehandeling bij Dimence met hulp van de DASS, de TWCI, SDMs en patiënten dossiers te onderzoeken. Het gaat om zeven eerste generatie migranten, die eerst zonder het gewenste effect individueel zijn behandeld. De vrouwen hebben twintig bijeenkomsten bijgewoond. De eerste twee uur van iedere bijeenkomst hebben de vrouwen ontspanningsoefeningen geleerd en de van tevoren door de vrouwen opgestelde behandeldoelen probeert te bereiken. In wekelijkse wisseling was er aansluitend een beweging- of creatieve therapie (60minuten). De DASS, de TWCI en de SDMs laten geen effect van de behandeling zien en blijken als meetinstrumenten voor dit soort vraagstelling ongeschikt te zijn. Op grond van observaties tijdens de bijeenkomsten en evaluatiegesprekken is als effect van de behandeling te noemen, dat het de vrouwen impulsen geeft, om meer assertief te worden.

Inleiding

Omvang doelgroep en psychische klachten

Volgens het Centraal bureau voor de statistiek (CBS) leefden op 1 februari 2010 384.551 Turkse mensen in Nederland. Daarmee vormen de turken de grootste groep allochtonen in Nederland (CBS, 2010 a). Nog steeds groeit het aantal aan moslims, op dit moment, niet omdat nog meer Turken naar Nederland komen, maar omdat vooral de tweede generatie sterk groeit, door de geboorten van de eerste generatie (CBS, 2008 b).

De reden van migratie voor eerste generatie migranten vrouwen uit Turkije is meestal, dat ze hiernaar toe komen om te trouwen. Vaak zijn ze laag opgeleid en dat maakt de kans voor hen op een baan heel klein. In totaal werken 49% van de Turkse vrouwen, samen met de Marokkaanse vrouwen is dat het kleinste aantal van werkende vrouwen in Nederland (CBS, 2009 c). Uit de emancipatiemonitor van 2008 volgt dat vrouwen (12%) vaker dan mannen (8%) aangeven psychische problemen te hebben en dat dit verschil bij niet- westerse allochtonen nog groter is (CBS, 2009 d). Maar in vergelijking met autochtone vrouwen, is het aantal Turkse vrouwen dat de huisarts vanwege psychische klachten opzoekt ongeveer gelijk. De hoofdoorzaak van de komst is depressie (CBS, 2009 e). Als Turkse vrouwen voor psychische stoornissen in het ziekenhuis worden opgenomen, is dat vanwege van stemmingsstoornissen en overige psychische stoornissen (CBS, 2004 f).

Oorzaak van psychische klachten

Migratie wordt als een ingrijpende levensgebeurtenis beschouwd en wordt door Kirkaldy et al. (2006) als een van de meest complexe verandering beschreven, die mensen in hun leven tegen kunnen komen. Na geboorte en puberteit, wordt migratie als een derde fase van individualiteitontwikkeling beschouwd (Van Bekkum et al., 1996). Verschillende stressfactoren zijn met een migratie verbonden. Volgens Hasen en Yagdiran (2000) horen er bijvoorbeeld de volgende factoren bij: Onzekerheid over levensomstandigheden, woonomstandigheden en het recht van verblijf, discriminatie, niet opgeloste spanningen over de afscheiding van de familie, maatschappelijke afwijzing of vervreemding. Door de conflicten, die migranten tegen komen, hebben ze vaak heimwee, slapeloosheid, neerslachtigheid, angsten en depressie (Oude Avenhuis, 2004). Verder blijkt uit een onderzoek van Fassaert et al. (2009) dat migranten meer psychologische klachten hebben, dan autochtonen. Hoogsteder schrijft dat een migratie wel stress oplevert, maar dat deze stress niet per se de migranten ziek maakt. De sociale status speelt hier een belangrijke rol, als die beter is, dan voor de migratie, wordt de gezondheid van de migranten zelfs beter in vergelijking met daarvoor. Een andere belangrijke factor is de sociale steun, die de migranten ervaren.

Het terecht komen in een compleet andere cultuur levert bovendien nog veel spanningen in allochtone families op. Aan de ene kant leven ze volgens de regels, die ze vanwege hun religie en cultuur hebben, dus heel patriarchaal en aan de andere kant wonen ze ook in Nederland. Hier zijn de vrouwen geëmancipeerd en hebben diverse vrijheden, de rolpatronen kunnen zich zo veranderen of rolconflicten kunnen ontstaan (Oude Avenhuis, 2004). Vaak worden te hoge verwachtingen aan de Turkse vrouwen gesteld, want naast hun baan moeten ze ook nog emotionele steun voor hun familie geven en het thuis schoon houden. Dit kan er toe leiden, dat deze vrouwen ziektegedrag gebruiken, als een oplossingsstrategie. Aan de andere kant is er sprake van verlies van zelfvertrouwen, als de mannen niet meer kunnen voldoen aan hun rolpatroon, leidt dit vaak tot stressklachten en uitbarstingen van geweld (Oude Avenhuis, 2004) en kan zo weer een negatieve invloed op de vrouwen hebben, die het slachtoffer van deze uitbarstingen kunnen worden.

Therapie

Aanpak transculturele psychiatrie

Voor Salveny (1999) is het op grond van de steeds toenemende heterogene bevolking belangrijk zich niet allen op een herstructurering van de maatschappij te richten, maar ook de psychotherapeutische methoden te veranderen, die tot nu toe op de westerse cultuur gebaseerd zijn. Er zijn verschillende redenen, waarom er problemen tijdens een transculturele behandeling kunnen optreden. Een factor is misverstanden in de communicatie, die naar voren komen, omdat de patiënt en de behandelaar een verschillend taalkundig vermogen hebben, hun opvattingen over een goede behandeling verschillen, of vooroordelen ten opzichte van elkaar hebben. Deze misverstanden kunnen er toe lijden, dat de patiënt een minder voldaan gevoel aan de behandeling overhoudt en zo de kwaliteit van de therapie als minder goed zou beoordelen (Fassaet et al., 2009). Omdat slechts 40% van de Turkse migranten die in Nederland leven, aangeven de Nederlandse taal goed te beheersen (Dagevos et al., 2007) zou er vaak een taalprobleem ontstaan, dat door een tolk gecompenseerd moet worden. Door die inzet van een tolk duren de gesprekken natuurlijk langer (Oude Avenhuis, 2004) en zijn zo belastender voor de patiënt en de hulpverlener. Acherrat-Stitou (2009) spreekt ook van een wederzijds wantrouwen van zo wel de therapeut als van de patiënt zelf. De meeste Turken denken dat de Nederlandse bevolking een slecht mening over hun geloof heeft (Acherrat-Stitou, 2009). Dit is natuurlijk een bijkomende belemmerende factor voor de behandeling. Kortmann (2006) beschrijft in zijn boek *Transculturele psychiatrie* verder dat niet aan de verwachtingen, die allochtonen hebben als ze naar het GGZ gaan, wordt voldaan. Ze gaan ervan uit dat ze lichamelijk onderzocht worden en hun behandeling uit medicatie bestaat. Omdat dit meestal niet het geval is, is er een hoge uitval onder de niet-westerse patiënten.

Deze belemmerende factoren zullen door de interculturele hulpverlening verminderd worden. Volgens Oude Avenhuis (2004) is het in het interculturele en seksspecifieke perspectief belangrijk dat de behandeling zich moet richten op “groei en verandering: emancipatie, empowerment, versterken van autonomie en vergroten van contactmogelijkheden”. Verder zegt zij dat interculturele hulpverleners complexere problematieken tegen komen, dan hulpverleners die met mensen uit dezelfde cultuur werken. Als voorbeeld noemt ze verblijfsvergunningen. Het winnen van vertrouwen is voor een interculturele hulpverlener een aanvullende uitdaging. Zoals boven genoemd, bestaan er vooroordelen van zo wel de patiënt als de therapeut, verder praten de vrouwen niet graag over hun problemen uit de angst voor roddels. Een wantrouwende relatie tussen therapeut en patiënt zal niet tot een reductie van klachten voeren.

Specifiek voor vrouwen?

Uit een onderzoek van Van der Stel (2004), waarin hij het effect van groepsbehandeling aan de hand van verschillende literatuur onderzoekt, blijkt dat op basis van klinische studies geconcludeerd kan worden dat “groepspsychotherapie een effectieve interventievorm is voor diverse diagnosegroepen in de geestelijke gezondheidszorg”.

Verder lijden vrouwen vaker aan depressie en angststoornissen en bij mannen komt vaker alcoholverslaving, drugsmisbruik, autisme en schizofrenie voor (Kortmann, 2006). Een specifiek vrouwengroep kan dus beter op de specifieke vrouwen klachten ingaan.

Vooraf voor de Turkse vrouwen is de groepsbehandeling belangrijk, omdat ze zo weten dat ze niet de enigen met problemen zijn. Verder kunnen ze door het contact met lotgenoten beginnen contacten op te bouwen om zo hun sociaal netwerk uit te breiden.

Effecten

Kortman (2006) schrijft, dat het voor een transculturele psychologe belangrijk is om kennis van de cultuur van zijn patiënt en van zijn eigen cultuur te hebben, om te weten waar spanningen op kunnen treden. Verschillende verwachtingen van de behandeling zullen spanningen op kunnen leveren en als de hulpverlener van tevoren weet dat de patiënt een andere behandeling verwacht, zou dit misverstand voor dat de behandeling begint uit de weg geruimd kunnen worden.

Koch (2000) noemt dat in Duitsland nog niet veel psychiatrische onderzoeken de situatie van minderheden als onderwerp hebben. Zo is over de therapie voor migranten nog niet heel veel bekend.

Wel bekend is, dat het voor een behandeling van mensen uit een andere cultuur belangrijk is een cultuur sensitieve omgang met elkaar te hebben. Een therapeut moet iets over de cultuur van zijn patiënt weten, het moet voor hem bekend zijn dat culturele factoren invloed kunnen hebben op de interpretatie van de klachten, de behandeling en zo voort. Verder moet de therapeut mensen uit andere culturen willen helpen (Haasen, Kleinmeier & Yagdiran, 2005).

Een ambulante psychotherapie blijkt effectief te zijn, ook als deze met een tolk gedaan wordt. Koch (2005) noemt verder dat de therapeutische strategie voor migranten veranderd moet worden. In Marburg was een project gestart, waar Turkse patiënten klinisch behandeld

worden. Hier zijn verschillende therapieën aan de orde gekomen, zo als gezondheideducatie, de vrouwengroep, sociale therapie, medicamentatie, groepstherapie, bio-feedback of ergo-, lichaams- en muziektherapie. Als alle delen samen genomen worden hebben ze een effect. Langzaam wordt het voor de patiënt helder, dat de ziekte symptomen en de psychosociale stress in wisselwerking met elkaar staan. Aan het begin heeft de patiënt volgens Koch meestal een passieve houding en te hoge verwachtingen van de behandeling. Om deze redenen duurt het behandelingsproces iets langer, omdat eerst vertrouwen moet worden opgebouwd.

Om traumatische ervaringen te behandelen worden in de transculturele psychologie EMDR (Eye movement desensitization and reprocessing) en imaginatie procedures, zoals qigong oefeningen gebruikt. Wetenschappelijk onderzoek, die het effect van deze therapiemethoden onderzoekt, was niet gevonden.(Heise, 2005)

Een andere belangrijke factor voor de behandeling van Turkse patiënten is het erbij betrekken van familieleden (Kortman, 2006).

Bovendien zijn in Duitsland de “12 Sonnenberg Linien” opgesteld, om voor migranten dezelfde kwaliteit en succes van een behandeling te geven die autochtonen hebben(Machleidt, Dralipp & Callisse,2005).

Belang van kwalitatief onderzoek:SDM (Self defining memory)

Vooraf vanwege hun identiteit is het voor vrouwen bijzonder moeilijk om voor henzelf op te komen, ze bekommeren zich om hun kinderen en echtgenoot, maar als ze iets voor zichzelf doen, voelen ze zich slecht (Hoogsteder et al.). Verder is het voor de Turkse vrouwen moeilijk überhaupt de stap te doen om aan andere mensen te vertellen wat hun bezig houdt en waarover ze piekeren. Ze hebben niet geleerd hun gevoelens met anderen te delen en denken vaak dat het vanwege hun karakter is, dat ze problemen hebben en dat ze de enige zijn die moeilijkheden ervaren (Oude Avenhuis, 2004). Deze conflicten kwamen ook tijdens de bijeenkomsten aan de orde en zullen zich in de SDM kunnen weerspiegelen, die de vrouwen aan het begin moesten opschrijven en na afronding van de groep nog eens zouden opschrijven. SDMs worden gebruikt om persoonlijkheidsprocessen te onderzoeken en om uit te vinden in welke stemmingssituatie zich een patiënt bevindt (Halbach Moffitt et al., 1994). Verder zijn ze bedoeld om uitspraken te kunnen doen over gebeurtenissen, die voor het individu belangrijk geweest zijn, voor het ontwikkelen van de eigen persoonlijkheid (Jobson en O'Kearney, 2008). Ze zijn voorbeelden van vergelijkbare ervaringen, die een vergelijkbaar onderwerp hebben en worden als emotioneel intense getypeerd. Bovendien gaan ze over

aanhoudende twijfels en niet opgeloste conflicten. Volgens verschillende onderzoeken hebben de herinneringen een samenhang met langdurige doelen, emotionele replieken, zingeving en dispositionele eigenschappen (Singer, Rexhaj, Jefferson, 2007).

In dit onderzoek worden de SDMs gebruikt om het effect van de groepsbehandeling aan te tonen en te zien of er verandering in de identiteit van de vrouwen heeft plaats gevonden, die door een vragenlijst niet op zou vallen. Vragenlijsten hebben weinig tot geen ruimte voor nuanceren, omdat ze heel beperkt in hun antwoord mogelijkheden zijn (De Ruiter en Hildebrand, 2006). Bovendien bestaat volgens Kortman (2006) voor allochtonen niet voldoende goed testmateriaal en de beoordelingsnormen zijn niet voldoende aangepast. Het is daarom een poging om uit te vinden of een kwalitatief onderzoeksinstrument geschikter voor Turkse vrouwen zou zijn, dan kwantitatieve instrumenten.

Aanbod Dimence

Aanleiding voor deze scriptie en doelstelling

Bij Adapt is 16% van de cliënten, die voor een stemmingsstoornis in behandeling zijn, van Turkse afkomst en 23% van de angst en spanningspatiënten komen uit Turkije (volgens schatting uit 2004). Het bijzondere daarbij is, dat maar 8% van de bevolking in Almelo een Turkse identiteit heeft.

De groepsbehandeling voor Turkse eerste generatie allochtonen is nu voor de tweede keer in dit jaar gestart. Het is belangrijk te weten welke veranderingen de vrouwen door de behandeling ervaren. Als het effect van een behandeling bekend is, zou het ook mogelijk zijn om de therapie te veranderen en ze zo effectiever te maken.

Verder is het belangrijk om op het gebied van de transculturele psychologie zo veel data als mogelijk te verzamelen en te analyseren. Dit onderzoek zal dus ook meer helderheid op het terrein van de behandeling voor allochtonen en het gebruik van bepaalde meetinstrumenten opleveren. Meestal zijn migranten moeilijk te bereiken, hebben weinig ervaringen met het invullen van vragenlijsten (Kirkcaldy et al., 2006) en maken minder gebruik van het gezondheidssysteem dan autochtonen (Kamperman et al., 2007) en daarom is de mogelijkheid om met migranten dit onderzoek te kunnen doen een bijzondere kans om verder inzicht te krijgen in de transculturele psychologie.

METHODE

Vraagstelling

Dit onderzoek onderzoekt de vraag welke effect de groepsbehandeling voor Turkse vrouwen bij Dimence heeft. Het effect wordt op grond van de uitkomsten van twee vragenlijsten (DASS en TWCI) en de patiënten dossiers nagegaan.

Behandeling

Het is niet de hoofdbedoeling van de behandeling dat de klachten van de vrouwen zullen verminderen. Eerder zal op de autonomie van de vrouwen worden ingegaan, zodat ze, voor zover mogelijk, assertiever worden. Verder is het voor de behandelaars belangrijk, dat de deelnemende vrouwen zich door de verhalen van de anderen vrouwen niet alleen als slachtoffers herkennen, maar dat juist de zelfstandigheid van de anderen vrouwen als voorbeeldgedrag gezien wordt. De anderen vrouwen zullen als lotgenoten gezien worden. De vrouwen zullen elkaar in hun autonomie versterken. Als een vrouw in de groep vertelt, dat ze meer tijd voor zichzelf neemt, dan zou het voor de andere vrouwen niet meer zo moeilijk zijn hetzelfde te doen, zonder slecht geweten.

Voordat de vrouwen aan de groepsbehandeling deel mogen nemen, moeten ze bereidt zijn actief over het ontstaan van hun klachten en hoe deze veranderd kunnen worden na te willen denken. Verder moeten voor de behandeling doelen opgesteld worden, die door de behandeling bereikt zullen worden.

Een andere voorwaarde is, dat de psychische klachten op grond van de migratie zijn ontstaan. Volledig geïntegreerde Turkse vrouwen zullen een andere behandeling krijgen en gaan niet deelnemen aan deze groep, alleen omdat ze van Turkse afkomst zijn.

De behandeling is ingedeeld in verschillende fasen. De eerste fase is erop gericht om binnen de groep het gevoel van herkenning en veiligheid te laten ontstaan. Het tweede deel richt zich op de zelfbeschikking van de vrouwen. De vrouwen zullen op hun eigen kracht gewezen worden, zodat ze hiervan gebruik kunnen maken, om een zo autonoom mogelijk leven te leven. De behandelingen kunnen per groep variëren, omdat het programma naar aanleiding van de behandeldoelen wordt opgesteld en de vrouwen verschillende doelen kunnen hebben.

De groepsbehandeling bestaat uit twintig bijeenkomsten. Vanaf 9 tot 11 uur wonen de

deelnemers een programma bij, dat zich op het bereiken van de behandeldoelen richt. Voorafgaand aan de behandeling hebben de vrouwen aangegeven, wat ze tijdens de behandeling willen leren. Het eerste deel van iedere bijeenkomst wordt geleid door de behandelde psycholoog (Bertina Herforth) en de sociaal psychiatrisch verpleegkundige (Esther Calkhoven). Hier gaat het om het leren en oefenen van sociale vaardigheden zoals “nee zeggen” en het leren van ontspanningsoefeningen, die de vrouwen in emotioneel opgeladen situaties kunnen gebruiken. Verder hebben de vrouwen tijdens het eerste deel van de bijeenkomst de mogelijkheid om over hun klachten te praten en krijgen ze door de behandelaars uitleg hierover. Er wordt ook gepraat over situaties waarin ze de geleerde vaardigheden of oefeningen hebben uitgevoerd of toegepast. Er bestaat geen vastgesteld programma dat doorlopen moet worden. De behandelaars spelen in op wat de vrouwen actueel bezig houdt. Voor iedere bijeenkomst bespreken de behandelaars wat tijdens de samenkomst aan de orde zal komen, maar als een vrouw een acuut probleem heeft, zal hierop ook ingegaan kunnen worden. Na de bijeenkomst met de psycholoog en de verpleegkundige volgen de vrouwen een bewegings- of creatieve therapie (60 minuten) die wekelijks rouleert. Een vrouwelijke Turkse tolk is altijd aanwezig.

Onderzoeksmethode

Case study algemeen

Er is gekozen om voor dit onderzoek een case study te gebruiken, omdat er te weinig data ter beschikking zijn, om de scores van de vrouwen empirisch te onderzoeken. De groep bestaat uit zeven vrouwen en voor een statistisch significant onderzoek zijn meer deelnemers nodig.

Zoals de naam het al zegt gaat er bij een case study om dat je een casus uitgebreid gaat bestuderen. In het boek van Braster wordt het voornaamste kenmerk van een case study gedefinieerd als “een intensieve bestudering van een sociaal verschijnsel bij een of enkele onderzoekseenheden”. In dit onderzoek wordt dus ieder vrouw apart onderzocht. Yin noemt als markante reden om van een case study gebruik te maken, dat het onderzoek een descriptive question (wat is er gebeurd?) of een explanatory question (hoe of waarom is iets gebeurd?) stelt. In dit onderzoek wordt gevraagd, welke veranderingen zich tijdens de therapie voordoen bij Turkse vrouwen. Verder is het zinvol een case study te doen, als het geobserveerd gedrag niet helemaal onder controle van de onderzoeker is, zo als dat bij een

experimentele setting het geval is. Bij deze groepstherapie zou het veranderde gedrag ook door andere factoren dan de behandeling kunnen zijn ontstaan. Dit zou door een case study beter onderzocht kunnen worden, omdat het effect van de behandeling een complex fenomeen is, dat door alleen het analyseren van vragenlijsten niet voldoende nagegaan kan worden.

De “cases” waarover deze case study zal gaan zijn dus de zeven Turkse vrouwen, die aan de groepstherapie bij Dimence deel hebben genomen. Het is een meervoudige holistische case study, omdat er in het totaal zeven vrouwen zijn. Het voordeel van een meervoudige case study is dat de vrouwen met elkaar kunnen worden vergeleken en zo kunnen er hypothesen worden opgesteld, waarom de therapie bij de ene vrouw wel effect heeft gehad en bij de andere niet.

Verder is het voor Yin een belangrijk eis, dat multiple bewijs bronnen bestaan. Hieraan wordt met de verschillenden vragenlijsten (kwantitatieve data) en de SDMs, patiënten dossiers (kwalitatieve data) voldaan.

Procedure

Bij deze onderzoeksopzet is sprake van een quasi-experiment. De vrouwen nemen deel aan een voormeting, een meeting halverwege en een nameting, met een interventie (de groepstherapie) daar tussen. De patiënten kunnen zelf kiezen of ze aan de groepstherapie willen meedoen of dat ze een voorkeur voor een ander behandeling hebben. Er bestaat dus geen toevallige toewijzing. Er zijn verschillende bronnen gebruikt, om het effect van de behandeling te onderzoeken.

Vragenlijsten

Voordat de behandeling was begonnen hebben de vrouwen drie vragenlijsten ingevuld (demografische vragenlijst, DASS, TWCI) en drie self defining memories opgeschreven. Halverwege de bijeenkomsten en na afloop van de behandeling zijn de DASS en de TWCI nog eens afgenomen, zodat het aantonen van het effect van de behandeling, door het vergelijken van de scores, mogelijk zou zijn. Het nog een keer opschrijven van drie self defining memories aan het eind van de behandeling lukte niet.

Dossieronderzoek

Een andere informatie bron is het onderzoeken van de patiëntendossiers van de vrouwen. Behandelingen, die ze al eerder hebben gevolgd, of die ze tegelijkertijd bijwonen zijn hier opgeschreven. Ook de klachten en hoe deze zijn veranderd, zijn hier te vinden evenals de DSM IV classificaties en korte samenvattingen van gespreken met andere behandelaars. Bijzonderheden tijdens deze behandeling zijn hier door de behandelaar opgeschreven, zoals bijvoorbeeld redenen waarom de vrouwen niet aanwezig zijn geweest of bijzondere gebeurtenissen, zoals ziekte binnen de familie van de vrouwen.

Observatie tijdens behandeling

Verder hebben ook de observaties tijdens de groepsbijeenkomsten een aanvullend karakter. De observaties zijn op grond van mijn aanwezigheid bij de bijeenkomsten (11.02.2010, 04.03.2010, 11.03.2010) ontstaan. De observaties hebben vooral betrekking op het eind van de behandeling. Telkens werd het eerste onderdeel van de behandeling bijgewoond en een keer de bewegingstherapie. Aantekeningen zijn niet tijdens de bijeenkomsten gemaakt, maar daarna, om geen verwarring bij de vrouwen te veroorzaken.

Instrumenten

Demografische vragenlijst

De demografische vragenlijst is een lijst opgesteld door B. Herforth in samenwerking met de Universiteit Twente. Ze was vertaald in het Turks. Er worden vragen gesteld over de leeftijd, de burgerlijke staat, hoeveel kinderen ze hebben, met welke levensbeschouwing ze zich verwant voelen, vanaf wanneer ze in Nederland wonen en hoe ze zijn opgeleid.

Depression Anxiety and Stress scale

De Depression Anxiety and Stress scale bestaat uit 42 items, die onderverdeeld zijn in drie subschalen met telkens 14 items over de negatieve emotionele toestand van de proefpersoon met betrekking tot depressie, angst en stress. Elk van de drie subschalen is verder gesplitst in schalen van 2-5 uitingen. Op een schaal van 0 (geldt helemaal niet voor mij) tot 3 (is helemaal voor mij van toepassing of meestal) moeten de vrouwen aangeven in hoever ze met iedere van de 42 uitingen overeenstemmen. De DASS is geschikt voor het meten van veranderingen in de depressieve, angstige en gestreste gesteldheid van een patiënt, die bijvoorbeeld door een behandeling, zo als die van Dimence zou optreden (2.Psy, 2010). Uit een onderzoek van Bayram en Bilgel (2007) met 899 vrouwelijke studenten, die op de

Uludag University in Busa, Turkije studeerden, blijkt dat deze een doorsnee score van 10.13 (SD 6.72) op de depressie schaal, 10.21 (SD 5.84) op de angst schaal en 15.41 (SD 6.57) op de stress schaal hadden. Door Lovibond en Lovibond (1995) kunnen de scores ook onderverdeeld worden in percentielen, om te zien, hoe ernstig de klachten zijn. Verder hebben ze bewezen, dat de schalen een goede interne consistentie hebben (Depressie heeft een crohnbach alpha van $\alpha=0.91$, Angst een crohnbach alpha van $\alpha=0.84$ en Stress een crohnbach alpha van $\alpha=0.90$) en voldoende betrouwbaar zijn (Lovibond en Lovibond, 1995).

Turkish ways of coping inventory

Oorspronkelijk was de WCI (ways of coping inventory) door Folkman en Lazarus ontwikkeld om te meten op welke manier mensen met stressvolle situaties in hun dagelijkse leven omgaan (Özenli et al., 2008). Er bestaan twee hoofd manieren hoe mensen zich in stressvolle situaties kunnen gedragen, probleem gericht coping en emotioneel gericht coping. In het eerste geval gaat men actief en direct te werk, om de situatie minder stressvol te krijgen. Met emotioneel gericht coping probeert men zich, door bijvoorbeeld vermijding, in een stress oproepende situatie van de opwindning te distantiëren (Bozo et al., 2006).

In 1991 werd de WCI door Siva aangepast aan de Turkse situatie. De Turkse versie heeft 74 items, met name acht items zijn toegevoegd, die op de twee coping stijlen fatalisme en bijgeloof ingaan. Turken zijn geneigd, om deze manieren te gebruiken, om met stress om te gaan. Volgens Siva heeft in deze cultuur de islam een grote invloed op het dagelijkse leven en om die reden worden religieuze coping stijlen vaker gebruikt, dan in de westerse cultuur. Met de acht toegevoegde items kreeg Siva zeven factoren in de TWCI: planmatig probleem oplossing, fatalistisch methode, emotie controle, distantiering, acceptatie, rijp worden, hulp zoeken. Een andere verandering die door Siva werd ingevoerd was de vervanging van de 4-point Likert-type schaal door een 5-point Likert-type schaal (1= nooit gebruikt tot 5= grotendeels gebruikt) (Durak-Senol et al., 2010). Het is moeilijk voor de TWCI een bruikbare manier van puntentoekenning te vinden. Vaak zijn in andere onderzoeken andere factoren gebruikt of een andere Likert schaal, waardoor het moeilijk is een norm groep te vinden, waarmee de scores van deze vrouwen vergeleken kunnen worden. Sevinç Göral et al. (2006) hebben ook een 5 punten Likert schaal gebruikt en daarom worden de scores van de vrouwen met de scores van 127 studenten (100 vrouwen met een doorsnede leeftijd van 20) vergeleken. Verder zijn de vragenlijsten op grond van een onderzoek van Bozo et al. (2006) geanalyseerd. Ze hebben door factoranalysen een onderverdeling in de vijf factoren probleem gericht coping

($\alpha=0.90$), religieus coping ($\alpha=0.89$), sociaal steun zoeken ($\alpha=0.84$), zelf schuld geven ($\alpha=0.83$) en distantiering ($\alpha=0.76$) gevonden. Verder bleek door een tweede orde factor analyse, dat de items ook in drie factoren onderverdeeld kunnen worden. Zich van problemen distantiëren of in de religie hulp zoeken valt dan onder emotie gericht coping ($\alpha=0.88$) met een geloofwaardigheid van 0.86. De hogere orde factor probleem gericht coping ($\alpha=0.9$) omvat de factoren zelf schuld en probleem gericht coping (Guttman $\alpha=0.84$). Het opzoeken van sociale steun wordt indirect coping genoemd, omdat hier eerst extern hulp aanwezig moet zijn, om op het probleem te kunnen reageren. De derde factor heeft volgens het onderzoek van Bozo et al. (2006) een Guttman split half geloofwaardigheid van 0.82. De psychometrische eigenschappen van deze vragenlijst zijn voldoende om ze voor onderzoeken te gebruiken.

Self defining memories

Aan het begin van de groepsbehandeling moesten de vrouwen een drietal herinneringen opschrijven (08-10-2009). Deze worden naar het “ Classification system and scoring manual for self defining autobiographical memories” volgens Singer and Blagov geanalyseerd (Singer & Blagov, 2000-2001).

Het gebruikte scoring system onderscheidt voor het eerst de structuur van het verhaal, waarmee de duur van het herinnerde evenement en zijn organisatie wordt bedoeld en de bedoeling, die de herinneringen voor de deelnemer heeft.

Om de structuur te onderzoeken, worden de SDMs eerst onder verdeeld in specifieke verhalen en episodisch & generiek herinneringen. Van een specifiek gebeurtenis is sprake als de herinnering over een gebeurtenis gaat, die uniek is en die niet langer dan een dag duurt. Hier bestaan nog bijkomende mogelijkheden ter onderscheiding. Type 1 herinneringen bevatten het pure verhaal. Als bij een verhaal nog verdere generalisaties bestaan, is sprake van een type 2 uiting. De herinnering van type 3 is ingebouwd in een algemeen verhaal. Episodisch & generiek SDMs missen een korte specifieke gebeurtenis. Bij een episodische herinnering verspreidt zich het verhaal over een hele dag en een generieke bespreekt vergelijkbare zich herhalende voorvallen.

Verder scoren Singer en Blagov de herinneringen op wat voor een betekenis de deelnemers aan de beschreven gebeurtenis geven. Eerst maken ze onderscheid tussen integratieve en non-integratieve typen. In het algemeen gezegd zijn integratieve memories herinneringen, die voor de deelnemer een bijzondere betekenis hebben. Het kunnen bijvoorbeeld herinneringen zijn, die de deelnemers iets hebben geleerd, over het leven in het

algemeen, of openbaringen over hun zelf of de relaties met anderen. Niet-integratieve herinneringen houden deze dingen niet in. Zij gaan over gevoelens of algemeen over de persoonlijkheid van de deelnemer (Singer en Blagov, 2001). Uit verschillende onderzoeken komt naar voren dat patiënten, die aan een depressie lijden, specifieke details in hun autobiografisch geheugen missen. Vooral uit depressieve fasen kunnen ze zich alleen de algemene dingen herinneren (Crane et al., 2007). Als depressieve mensen een positieve gebeurtenis vertellen, neigen ze ertoe geen specifiek herinnering te vertellen (Halbach Moffitt et al., 1994). Verder zeggen Jabson en O'Kearney (2008), dat autobiografische herinneringen van mensen uit collectivistische culturen kort, niet uitgewerkte en gewone verhalen zijn.

Deelnemers: korte algemene omschrijving van groep

In tabel 1 wordt een overzicht gegeven van de deelnemers. De groep bestaat uit zeven vrouwen, die een leeftijd van 38 tot 53 jaar hebben (gemiddeld 43 jaar) en een Turkse afkomst hebben. Ze zijn eerste generatie migranten, zijn dus niet in Nederland geboren, maar tijdens hun jeugd naar Nederland verhuisd. Ze leven tussen de 10 en 40 jaar (gemiddeld 24 jaar) in Nederland. Een vrouw stopte de behandeling halverwege, een andere begon pas halverwege.

De vrouwen lijden aan stemmingsstoornissen en/of angststoornissen, die volgens de DSM IV gediagnosticeerd zijn en langer dan een jaar duren. Het zijn dus patiënten die al in behandeling zijn en meestal een individuele behandeling zonder het gewenste effect hebben gevolgd. De groepsbehandeling is dus een verdere poging om ze te behandelen.

Algemeen scoren de deelnemers op de Turkse manier van coping vragenlijst in vergelijking met de Turkse vrouwelijke studenten op de emotie gericht coping hoger. Sevinç Göral et al. (2006) vonden bij de studenten een gemiddelde score van 2,30 bij de probleem gerichte coping en een waarde van 1,8 op de emotie gerichte coping schaal. Bij deze vrouwengroep ligt de gemiddelde waarde voor probleem gerichte coping bij 2,76 en de score op de emotie gerichte coping schaal is 2,88. Ook op de DASS scoren ze in vergelijking met niet zieke mensen veel hoger. Bayram en Bilgel (2008) hebben doorsnee scores uit verschillende onderzoeken met de DASS berekend. De gemiddelde score op de Depressie schaal was 10,03 met een standaard deviatie van 6,88, de vrouwen uit de groep hebben gemiddeld een 34,6. Op de andere schalen scoren de vrouwen tevens hoger. De vrouwen scoren op de angst schaal gemiddeld 36,31, de deelnemers uit de onderzoeken 9,83 (standaard deviatie van 5,94). De gemiddelde score op de stress schaal is bij de vrouwen 34,7 en bij het onderzoek van Bayram en Bilgel 14,92 met een standaard deviatie van 6,71.

RESULTATEN

In tabel 2 en 3 wordt een overzicht gegeven van de veranderingen in de scores op depressie, angst, stress en copingstijlen. Mevrouw01 heeft geen verandering in depressie, angst en stress, haar coping is wel veranderd, ze heeft een verhoogde religieuze coping en een erg verhoogde score bij zich zelf de schuld geven. Haar probleem gerichte coping is verminderd. De scores bij mevrouw 02 zijn op alle schalen van de DASS om hoog gegaan. Het ergst op de depressie schaal. Op vermijding, emotie gerichte coping, religieuze coping en zich zelf de schuld geven zijn haar scores gestegen. De scores van mevrouw 03 kunnen niet goed worden vergeleken, omdat ze op meetmoment 01 de TWCI niet heeft ingevuld. Bij de DASS heeft ze in het algemeen lagere scores dan de anderen vrouwen in de groep, maar verder geen verandering. Mevrouw 04 heeft een verminderde score op de stress schaal en een stijgende lijn op alle schalen van de coping vragenlijst. De kleinste verhoging is op de religieuze coping. Bij mevrouw 05 zijn nauwelijks veranderingen te zien. Op alle schalen van de DASS zijn de scores van mevrouw 06 verminderd. Zich zelf de schuld geven is om hoog gegaan en bij de scores van probleem gerichte coping en religieuze coping is ook een stijgende lijn te zien. Mevrouw 07 heeft geen verandering van depressie, stress of angst, maar wel minder emotie gerichte coping en vermijding.

Tabel 1 Algemene overzicht

Leef tijd	Kinderen	Jaar van komst	Klachten	Doel(bereikt?)	Na behandeling
01 38	Twee dochters	1990	- Dysthyme stoornis - somatisatiestoornis - problemen in primaire steungroep - GAF 55 - angstklachten	- Nee leren zeggen(Nee) - Minder piekeren (Nee) - Beter voor zich zelf opkomen (Nee)	Stoppen met behandeling
02 53	Een zoon Een dochter	1984	- Paniekstoornis met agorafobie - Depressieve stoornis recidiverend (matig) - GAF 55	- Meer weerbaar willen worden(Nee) - Iets aan andere kunnen vragen	Geen verder behandeling, eerst Nederlands leren

				(Nee)		
03	41	Drie zonen	1987	• Acculturatieproblemen • Depressieve stoornis(eenmalig episode, licht) • Paniekstoornis met agorafobie • Borderline persoonlijkheidsstoornis • Problemen in de primaire steungroep • GAF 50	• Nee leren zeggen(voor een deel, kan beter nee zeggen) • Minder negatieve gedachten hebben (voor een deel)	• Wil verder sociale vaardigheden oefenen
04	49	Vier kinderen	1970	• Aanpassingsstoornis met een gemengd angstige en depressieve stemming • Werkproblemen • GAF 55	• Inzicht in relatie van stress/lichamelijke klachten/ (voelt zich als een sterker persoon)	• Gaat met de zorgcoördinator overleggen of ze de behandeling gaat afsluiten
05	39	Twee dochters Een zoon	2000	• Generaliseerde angststoornis • Problemen op werk • GAF 65	• Minder angst hebben (Ja) • Meer onder mensen komen (Ja)	• Is op zich uitbehandeld
06	45	Drie kinderen	1980	• Depressieve stoornis (eenmalige episode, licht) • Angst- en stemmingsklachten • Problemen binnen primaire steungroep • GAF 55	• Minder piekeren • Meer plezier beleven • Minder angst hebben (ze is met het bereiken van alle doelen bezig)	• Individueel verder aan het bereiken van de doelen werken
07	39	Een zoon Een dochter	1988	• Depressieve stoornis (eenmalige episode, ernstig zonder psychotische kenmerken) • Paniekstoornis met agorafobie • Posttraumatische stress	• Nee leren zeggen • Minder angst hebben (geeft aan wel dingen geleerd te	• Turkse vrouwen groep nog een keer doen plus individueel paniekmanagement

stoornis

hebben)

- Problemen binnen primaire steungroep
- GAF 55

	Depressie			Angst			Stress		
Vrouw	Mm01	Mm02	Mm03	Mm01	Mm02	Mm03	Mm01	Mm02	Mm03
01	36	39	39	40	38	41	38	42	41
02	25(n=13)	42	41	27	39	37	26	32	37
03	20	/	21(n=13)	21	/	18(n=11)	26	/	18(n=12)
04	38	40	38	41	42	39	39	40	32
05	35(n=13)	37	41	38	40	34(n=13)	32	35	30
06	41	41	31	36	40	33	42	41	25
07	38	35	37(n=13)	39	34	39	40	32	41

Tabel 2 Scores op DASS

	Sociale steun			Zelf schuld geven			vermijding		
	Mm01	Mm0	Mm03	Mm01	Mm02	Mm03	Mm01	Mm02	Mm03
	3,83	3,08	3,16	2,6	3,7	5,25	3,5	2,45	2,73
	2,42	2,42	2,42	1,8	3,9	3,88	2,63	2,8	3,3
	/	/	2,9	/	/	3,1	/	/	2,2
	2,92	3	3,83	3,5	3,4	4,4	3,73	3,1	4,6
	1,92	1,4	2,17	4	4,1	4,1	1,90	2,55	1,64
	3,08	3,08	3,33	3	4,3	4,2	2,4	1,91	2,6
	3,08	3,43	3,08	3,09	3,11	3	3,09	2,73	1,9

	Hogere orde factoren									Tweede orde factoren					
	Probleem gericht coping			Emotie gericht coping			Indirect coping			Probleem gericht			Religie		
	Mm01	Mm02	Mm03	Mm1	Mm2	Mm3	Mm01	Mm02	Mm03	Mm01	Mm02	Mm03	Mm01	Mm02	Mm03
	Vrouw														
01	3,28	2,62	2,72	3,4	2,86	2,95	3,83	2,92	3,12	4	2,75	3	2,06	3,45	3
02	2,2	3,2	2,8	2,1	2,8	3,25	2,42	2,42	2,64	2,69	3,11	3,25	1,77	3,3	3,2
03	/	/	2,79	/	/	2,33	/	/	2,9	/	/	2,7	/	/	2,36
04	2,81	2,89	3,5	3,82	3,38	4,33	2,92	3	4	3,11	3,29	4,68	4	3,63	4,06
05	2,14	2,46	2,14	2,19	3	2,24	1,92	1,4	1,83	2,35	2,94	2,25	2,27	3,18	2,64
06	2,76	3,14	2,76	2,66	2,68	3	3,08	3,08	3,17	2,65	3,89	3,55	2,90	3,27	3,36
07	2,79	2,93	2,59	3	2,77	1,95	3,08	2,92	3,08	2,8	2,95	2,3	2,91	2,55	2,36

Tabel 3 Scores op TWCI

Case study1

- Achtergrond anamnese

Deze mevrouw is op het moment van de behandeling 38 jaar oud, ze heeft twee kinderen en is in het jaar 1990 geïmmigreerd (Tabel 1). Volgens de DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) heeft ze een Dysthyme stoornis, een somatisatiestoornis en angstklachten. Ze heeft bovendien problemen in haar primaire steun groep. Verder heeft ze in 2006 een auto ongeluk gehad, waardoor ze een Posttraumatische stress syndroom heeft ontwikkeld. Ze heeft een groot relatie probleem, maar woont nog steeds met haar man samen. Haar echtgenoot was gokverslaafd, heeft haar gefraudeerd en blijkt een onvoorspelbaar mens te zijn. De ene dag gaat het goed met hem, de andere dag hebben de twee echtgenoten heftig ruzie. Vroeger ging ze zulke conflicten uit de weg, nu geeft ze haar mening, ook als dit tot een nog ergere ruzie leidt. Ze kan hem niet vertrouwen en is ook boos op zichzelf, dat ze het zo ver heeft laten komen. Mevrouw 01 wenst zich meer gesteund door haar echtgenoot.

Deze mevrouw gaat ervan uit, dat ze geen psychologisch probleem heeft, maar alleen lichamelijke klachten, vooral pijn, die ook door fysiotherapie niet weg gaat. De pijn zou ermee te maken hebben dat het haar niet lukt om zich te ontspannen. Zelfs tijdens het slapen voelt ze zich niet ontspannen. Ze is bang dat haar lichaam op eens niet meer functioneert en ze dood gaat. Deze angst veroorzaakt bij haar hartkloppingen en trillende handen. Verder zegt zij dat haar lichamelijke klachten erger worden, wanneer ze ruzie heeft. Bovendien doet zich bij haar automutilatie voor nadat ze ruzie heeft gehad. Ze trekt haar haren uit, of slaat zich zelf. Mevrouw heeft ook een hernia in haar rug gehad en een infectie in haar heupen, die niet goed was behandeld. Vanwege deze redenen is ze kwaad op haar huisarts. Cognitieve klachten zijn dat ze vergeetachtig is en een gevoel van een verdoofd hoofd heeft.

Bovendien denkt ze dat ze haar leven zo leeft als een robot. Ze doet niets voor zichzelf, maar alles, zo, dat het haar medemensen goed gaat.

Ze heeft de groepsbehandeling al een keer gedaan en vond het feit dat aan de andere groep minder oude vrouwen deel hebben genomen, leuker. Voor oudere mensen moet je respect hebben en dingen, zoals rolspelen, lukken dan niet zo goed. Verder wil ze sommige dingen in de groep niet zeggen, vanwege de aanwezigheid van de oudere vrouwen.

- Voorbehandeling

Deze patiënt heeft al drie poliklinische behandelingen gevolgd (van 07-01-2008 tot 26-03-2008, 08-04-2008 tot 19-03-2009 en van 02-04-2009 tot 07-06-2009). Verder volgt ze vanaf de 22.04.2010 een cognitieve gedragstherapie.

- Doel

De doelen van deze mevrouw, die ze door de behandeling wil bereiken, zijn nee leren zeggen, minder piekeren en beter voor zichzelf zorgen. Het lukt haar niet om de doelen te bereiken, die ze aan het begin van de behandeling aangaf. Ze vindt het moeilijk om bijvoorbeeld nee tegen iemand te zeggen, omdat dit soort gedrag niet Turks zou zijn.

- SDM

Mevrouw 01 beschrijft drie herinneringen in respectievelijk 14, 88 en 37 woorden. De eerste herinnering gaat over de gevoelens, die ze in verband met een operatie ervaart. De tweede herinnering beschrijft de gevoelens tijdens het begeleiden van haar echtgenoot, naar de rechtbank. De derde gaat over een ongeluk dat ze heeft ervaren, waarbij ook haar dochter aanwezig was. In alle drie herinneringen beschrijft de proefpersoon een specifiek moment en de sentimenten, die ze toen beleefde. Ze praat over doodsgevaar, stom, suffen en onnozel voelen en in twee herinneringen voelt ze zich schuldig. Volgens het SDM scoring system zijn het specifieke, non-intergratieve herinneringen. De eerste en de derde zijn van het type 1 (alleen specifiek verhaal) omdat ze verder geen informatie bevatten, naast het niet vergeten moment van een operatie. Herinnering twee is een type 2 herinnering (specifiek verhaal met een beetje generalisatie), het omvat naast de herinnerde gebeurtenis ook algemene uitingen zoals “ Ik voelde me daar onnozel. Waarom vraag ik me af. Ik voel steeds spijt. Ik wil dit in de groep niet vertellen.” samenvattend zijn het erg negatieve herinneringen waarvoor mevrouw 01 zich zo veel schaamt, dat ze die zelfs in de groep niet wil vertellen. Bovendien voelt ze zich niet alleen ten opzichte van zichzelf slecht, maar ook vanwege haar dochter. Hieruit is af te leiden dat we te maken hebben met een onbaatzuchtige vrouw.

- Vragenlijsten

DASS

Bij deze mevrouw is met betrekking tot de DASS geen positief effect van de behandeling te zien. Beter gezegd zijn de scores aan het eind van de groepsbijeenkomsten op alle subschalen iets hoger dan de scores aan het begin. Als de subschalen met elkaar vergeleken worden is er geen schaal die veel hoger is, dan een andere. Ze heeft dus op alle schalen een extreem hoge score (Tabel 2).

TWCI

Op sommige schalen is een positief effect te herkennen, zo gaat ze bijvoorbeeld haar problemen minder snel uit de weg en zoekt vaker steun in haar religie. Negatief is dat haar schuldgevoel erg is verhoogd. Verder zoekt ze minder steun in haar sociale omgeving (Tabel 3).

- Observatie tijdens behandeling

Het viel op dat deze mevrouw veel steunt, vanwege pijn of verkoudheid. Ze liet zien dat ze altijd ziek was. Uit de verhalen die ze vertelde, bleek wel dat ze door de behandeling dingen heeft geleerd. Zo heeft ze bijvoorbeeld verteld dat ze voor het eerst in haar leven naar de bioscoop is geweest, of 's avonds met een buurvrouw gaat wandelen. Ook gaf ze tips aan de andere deelnemers, uit haar eigen ervaring, zoals op welke momenten ze voor zichzelf tijd neemt en dat de anderen vrouwen dit ook zouden moeten doen, omdat deze mevrouw het zelf als goed heeft ervaren.

- Na afloop van behandeling

In het eindgesprek kwam naar voren dat deze mevrouw denkt dat haar klachten door de behandeling niet minder zijn geworden en ze nu ook niet weet, hoe er beter mee om te gaan. Haar doelen heeft ze bovendien niet bereikt. Desondanks is het advies, om niet verder te gaan met de behandeling, omdat het op dit moment geen effect zou hebben deze groepsbehandeling nog eens te doen. Ook omdat ze de groep al voor de tweede keer heeft gedaan en het verder geen effect heeft opgeleverd. Ze gaat nu met haar huisarts overleggen, hoe ze ondersteund kan worden, bijvoorbeeld door thuiszorg.

Case study 02

- Achtergrond anamnese

Mevrouw 02 heeft op het moment van de behandeling een leeftijd van 53 jaar. Haar hoogste opleiding is de lagere school. Van haar echtgenoot is ze gescheiden en ze woont ook niet meer met hem samen. Haar klachten zijn een paniekstoornis met agorafobie, een depressieve recidiverende stoornis (matig) en problemen op het werk. Verder heeft ze vele lichamelijke klachten, zo als diabetes en artrose.

In 1984 kwam deze mevrouw naar Nederland, omdat haar 16 jaar oudere echtgenoot hier ging werken en haar hier moest opnemen, omdat de vader van mevrouw hem anders met de scheiding dreigde. Op dit moment leeft mevrouw met een zoon in Turkije. Haar man had al twee dochters, voordat ze met hem trouwde. Na eigen zeggen zijn de klachten/ problemen die mevrouw heeft door het huwelijk ontstaan en als ze met een man van haar leeftijd zou zijn getrouwd, zouden de klachten niet zijn ontstaan. Na de echtscheiding zijn de klachten minder geworden.

Mevrouw kan geen Nederlands praten en verder ook helemaal niet lezen of schrijven. Op dit moment woont mevrouw 02 samen met haar 19 jaar oud dochter. Ze gaat niet werken, maar probeerde in het verleden naar school te gaan, om Nederlands te leren. Blijkbaar heeft

mevrouw ook financiële problemen. Haar uitkering was gestopt, omdat ze een huis in Turkije had, wat ze nu heeft verkocht. Ze geeft aan een groot sociaal netwerk te hebben, maar dat ze met haar vriendinnen niet over haar problemen wil praten. Verder maakt mevrouw zich zorgen over haar dochter, omdat ze denkt dat deze niet vele vriendinnen heeft en de relatie met haar zoon (32 jaar oud) slechter is geworden, toen hij zijn eerddeel van het verkocht huis in Turkije vroeg.

- Voorbehandeling

Vanaf 07.02.1996 is mevrouw ingeschreven voor haar klachten. Van 03.11.2008 tot 07.06.2009 is ze in een polikliniek in behandeling geweest. En van 09.06.2009 tot 24.08.2009 heeft ze behandelende begeleiding gehad en ook een farmacotherapie is op 21.08.2009 bij haar uitgeteerd.

- Doel

De doelen die deze mevrouw wil bereiken zijn dat ze weerbaarder wil worden, zodat ze bijvoorbeeld leert om iets te vragen. Een doel, dat ze op langere tijd wil bereiken is dat ze iets voor de maatschappij wil doen. Tijdens de behandeling komt ook naar voren dat ze graag Nederlands wil leren, omdat dit haar kracht geeft.

- Klachten depressie/coping

In 2009 gaaf ze aan twee keer per week een paniekaanval te hebben. Verder heeft ze angst om alleen naar buiten te gaan, omdat ze zou kunnen vallen en haar niemand zou helpen.

- SDM

Haar herinneringen schrijft mevrouw in 20, 11 en 18 worden op. Onderwerp van de eerste en derde herinnering is haar huwelijk en de tweede herinnering gaat over haar komst naar Nederland. De self defining memories van mevrouw 02 zijn heel negatief, vanaf deze dagen voelt ze zich dood. Het zijn twee verschillende typen van SDMs. Het eerste is een specifieke type 3 herinnering. Het gaat over een specifieke dag (haar verloving) en de gevolgen die deze dag op haar hele leven had. De andere twee herinneringen zijn generiek, er wordt beschreven hoe ze zich nu voelt en waarom het met haar zo slecht gaat. Dit heeft te maken met haar huwelijk en die komst hier naartoe. Wat de herinneringen gemeen hebben is dat ze non - integrative en categoriserend zijn. Bovendien zijn ze alle heel erg verdrietig. Ze vertelt dat ze zich vanaf haar huwelijk dood voelt en niet meer vrolijk kan zijn.

- Vragenlijsten

DASS

Mevrouw 02 heeft al aan het begin van de behandeling verhoogde scores op alle schalen van de DASS gehad. De scores zijn na de behandeling nog hoger dan aan het begin.

TWCI

Bij mevrouw 02 valt op dat de emotionele coping tijdens en na afloop van de behandeling is toegenomen. Verder zijn de probleem gerichte en indirecte coping nauwelijks veranderd. Ze gaat na de behandeling in stressvolle situaties meer hulp in haar geloof zoeken. Naar sociale steun gaat ze nu niet meer of minder vragen. Na afloop van de behandeling geeft ze zichzelf vaker de schuld en gaat ook vaker haar problemen uit de weg.

- Observatie tijdens behandeling

Tijdens de behandeling zei deze vrouw niet veel uit eigen beweging, ze blijkt heel introvert te zijn, maar maakte geen erg depressieve indruk. Verder was ze vaak afwezig.

- Na afloop van behandeling

Mevrouw 02 wil graag nog een keer de vrouwen groep doorlopen, maar het advies is om eerst Nederlands te leren, omdat op dit moment de actuele psychosociale problemen op de voorgrond staan en de groepsbehandeling nu niet veel voor haar zal opleveren.

Ze heeft de vrouwengroep positief ervaren. Het was mooi voor haar om zichzelf in de klachten van de anderen vrouwen te herkennen en zo te weten dat ze niet de enige is die dit soort klachten heeft. Ook heeft ze het als goed ervaren om door de groep een reden te hebben, om uit huis te gaan.

Case study 3

- Achtergrond anamnese

Toen mevrouw 03 met de groepstherapie begon, was ze 41 jaar. Ze heeft drie kinderen en heeft het middelbare beroepsonderwijs gevolgd. In het jaar 1987 is ze naar Nederland gekomen, om hier te trouwen. Voordat ze haar echtgenoot trouwde, kende ze hem twee weken. De Nederlandse taal beheerst ze matig, het is wel mogelijk een kort gesprek met haar te voeren, maar voor een nauwkeurig verhaal is het beter een tolk erbij te hebben. Mevrouw heeft een GAF score van 50, volgens de DSM-IV heeft ze dus ernstige symptomen en is haar sociaal functioneren beperkt (Vandereyken et al., 2008). In 2005 heeft ze een poging tot zelfdoding gedaan, toen leed ze ook nog aan een aanpassingsstoornis. Verder heeft ze problemen binnen haar primaire steungroep, is er vanaf 2006 een borderline persoonlijkheidsstoornis gediagnosticeerd, evenals een acculturatieprobleem, een lichte depressie en een paniekstoornis met agorafobie. Haar symptomen zijn onder andere een sombere stemming, dat ze geen plezier kan ervaren, zich niet kan ontspannen, zich vermoeid voelt, woedeaanvallen heeft en emotioneel instabiel is. Dit kan ertoe lijden dat ze tijdens het praten over haar problemen hyperventileert. Lichamelijke klachten die ze tijdens haar

behandelingen heeft gehad zijn migraine, duizeligheid, flauw vallen, maagklachten en nierstenen. Ze rapporteert dat ze vanaf haar 17e klachten heeft. Nadat mevrouw was getrouwd, woonde ze eerst met haar echtgenoot bij haar schoonouders. Ze was heel bang voor haar schoonvader, ze werd door hem geslagen. Dit ziet ze als de opmaat voor haar klachten. De schoonmoeder heeft nog steeds negatief invloed op haar functioneren, omdat mevrouw niet kan verwerken dat ze constant door haar genegeerd werd.

Al voor de Turkse vrouwen groep heeft deze mevrouw behandelingen gevolgd, ze was eerder al in een groepstherapie voor Turkse vrouwen (2003). De deelname aan deze groep heeft ze toen als goed ervaren, omdat ze hier mogelijkheden tot uitwisseling had, die ze door haar beperkte netwerk anders niet heeft of uit angst voor roddelen niet doet. Bovendien neemt ze ook aan een parallellopende persoonlijkheidstherapie deel. Al sinds 1996 is ze bekend als patiënt bij RIAGG, blijkbaar boekt ze dus geen grote vooruitgang. Ze vindt het zelfs vervelend dat ze met vaak wisselende hulpverleners samen moest werken. Het gaf haar emotionele onrust altijd weer haar verhaal te moeten vertellen.

Ze heeft drie zonen, een van 21 jaar (HBO) de tweede is 16 jaar oud (HAVO) en haar jongste zoon is 6 jaar, hij is autistisch, heeft ADHD en een ontwikkelingsstoornis, is incontinent, moet 's nachts gefixeerd worden en volgt een speciaal onderwijs of opvang. De opvoeding van haar jongste zoon kost haar heel veel moeite en zou een aanvullende factor voor het ontstaan en in stand houden van haar klachten zijn. Tijdens de zwangerschap heeft ze een antidepressivum genomen en daarom geeft ze zichzelf de schuld van de handicap van haar zoon. De zwangerschap met het derde kind was niet gepland. Eigenlijk wilde mevrouw meer tijd voor zichzelf hebben, zodra haar twee andere kinderen ouder waren. Het tegenovergestelde gebeurde. Door de vele tijd die de zoon vraagt, komt niet alleen mevrouw te kort, maar ook de anderen kinderen. Ook dat belast haar. Haar echtgenoot probeert mevrouw zo veel mogelijk te ontlasten, regelt het meeste met betrekking tot de gehandicapte zoon, zoekt met haar mogelijkheden om te ontspannen en ondersteunt haar ook in de deelname aan de vrouwen groep. Wel heeft ze problemen met haar schoonfamilie, vooral omdat ze geen belangstelling tonen voor de toestand van de jongste zoon. Verder heeft ze heimwee en mist ze haar familie, die gezamenlijk in Turkije leeft. Door de migratie mist ze dingen, zoals het gezamenlijk afscheid nemen van overleden familieleden en het delen van de rouw.

Morele ondersteuning van mensen buiten haar gezin ervaart ze niet, omdat ze een beperkt sociaal netwerk heeft. De reden hiervoor is haar schaamte gevoel, dat ze wegens haar zoon heeft en de angst voor roddels. De vrouwengroep is een soort uitlaatklep voor haar, hoewel ze er ook bang voor is dat dingen die ze tijdens de groep vertelt doorverteld worden, vooral over haar schoonfamilie. In het algemeen vindt ze de deelname aan de groepstherapie positief.

- Voorbehandeling

Sinds 1996 in behandeling. Heeft al een Turkse groepsbehandeling gevolgd, neemt op dit moment ook aan een persoonlijkheidstherapie deel.

- Doel

Nee leren zeggen, veranderen van negatieve gedachten en plezierige activiteiten ontplooiën zijn de doelen die mevrouw door de behandeling wil bereiken. Veder zou ze het leuk vinden om plezier met haar familie te hebben, te lachen en te ontspannen.

- SDM

Er zijn geen self defining memories opgeschreven, omdat deze mevrouw tijdens de eerste groepsbijeenkomsten nog niet deel van de groep was.

- Vragenlijsten

DASS

Helaas heeft deze mevrouw maar twee keer de vragenlijst ingevuld. Toen de andere vrouwen hun tweede meetmoment hadden, was het voor mevrouw 03 het eerste meetmoment. Verder ontbreken veel antwoorden bij de DASS op het laatste meetmoment, de scores kunnen zo niet goed met elkaar vergeleken worden. Opvallend is dat deze mevrouw in vergelijking met de andere vrouwen lagere scores heeft. Zij had aan het begin matig depressieve klachten en is daarmee de enige vrouw uit de groep. De anderen hebben ernstige of extreem ernstige problemen. Op de andere twee schalen scoorde ze ernstig, maar verder scoorde ze in vergelijking met de andere vrouwen laag.

TWCI

Deze mevrouw scoorde op alle schalen bijna hetzelfde. De hoogste score is op de zelfschuld schaal, de laagste score is op de vermijdings schaal.

- Observatie tijdens behandeling

Tijdens de behandeling viel op dat mevrouw een verbitterde vrouw is, die veel problemen met haar schoonfamilie heeft. Verder is ze over de klachten van haar zoon heel verdrietig.

- Na afloop van behandeling

Ze geeft aan dat ze door de behandeling een verbetering van haar klachten heeft ervaren en dat ze het geleerde soms kan toe passen. Vanwege de problemen die ze rondom haar zoon ervaart, lukt het haar niet meer positieve gedachten te hebben. Maar door de behandeling kan ze nu beter Nee zeggen. Verder heeft ze door de groep een hogere eigenwaarde gekregen. Ze wil graag verder oefenen hoe met spanningen, boosheid en negatieve gedachten om te gaan.

Case study 4

- Achtergrond anamnese

Toen mevrouw 04 met de groepsbehandeling begon, had ze een leeftijd van 49 jaar. Ze heeft vier kinderen, is getrouwd en woont met haar man samen. Vanaf 1970 leeft ze in Nederland. Haar hoogst opleiding is de lagere school. Een aanpassingsstoornis met een gemengd angstige en depressieve stemming is de diagnose, waarvoor ze in behandeling is. Verder heeft ze werkproblemen en een GAF score van 55.

Mevrouw 04 heeft problemen met haar schoonmoeder, omdat deze een andere schoondochter wilde. In de opinie van deze mevrouw zijn haar, vooral lichamelijke, klachten (pijn) ontstaan, doordat ze zich door haar schoonmoeder zo heeft laten gebruiken en misbruiken. Ze zou het verleden graag willen veranderen en zich nu niet meer willen laten uitbuiten. Ze heeft vanwege alle ellende, die ze in haar leven heeft meegemaakt, suïcidale gedachten gekregen, maar durft het niet, uit angst om niet in de hemel te komen.

Zelf heeft ze ook conflicten met haar zoon, omdat die met een ander meisje dan zijn verloofde is weggelopen. Had langere tijd geen contact gehad, maar wil een goede schoonmoeder zijn en heeft dus toch weer contact met haar zoon opgenomen.

Mevrouw 04 geeft aan dat ze veel ondersteuning door haar echtgenoot, haar familie en haar vriendinnen ervaart. Verder heeft ze op dit moment geen hulpvraag, maar hoopt dat de ondersteuning blijft, omdat ze ervan uitgaat dat de pijn niet gaat verdwijnen.

- Voorbehandeling

Vanaf 31.01.2003 is deze mevrouw ingeschreven voor een behandeling. Van 18.09.2008 tot 07.06.2009 was ze poliklinisch in behandeling, van 12.06.2009 tot 13.08.2009 heeft ze begeleiding gehad en van 04.09.2009 tot 17.09.2009 heeft ze een farmacotherapie gehad. Vanaf 05.01.2010 doet ze mee aan een steunende en structurele therapie.

- SDM (110, 56, 106 woorden)

Met 110, 56 en 106 woorden beschrijft mevrouw 04 haar herinneringen. De eerste gaat alleen over haar schoonmoeder, de tweede vertelt over de problemen naar de begrafenis van haar vader en de derde gaat over de conflicten met haar zoon wegens de schoondochter. In de

herinneringen van mevrouw 04 is de sleutelfiguur haar schoonmoeder, door wie ze veel onmacht, woede, teleurstelling en verdriet voelt. Ze vertelt episodische, specifieke gebeurtenissen en generieke herinneringen, die alle betrekking hebben op de onderdrukking en het niet door haar schoonmoeder geaccepteerd worden. Zelfs de problemen met haar zoon worden door haar verleden nog verergerd. Ze wil een goede schoonmoeder zijn en omdat ze dat niet zo als gewenst kan uitvoeren (wegens het ontbrekende contact met haar zoon) is ze verdrietig en teleurgesteld. Het zijn allemaal negatieve gebeurtenissen, die ze zich herinnerde en waarover ze niet eerder met iemand heeft gesproken, maar ze laat wel zien dat ze dat nu wil veranderen en dat ze ook meer voor zichzelf wil opkomen. Een ander positief aspect in haar SDMs is dat ze hulp van haar familie/kennis heeft ervaren, toen ze naar de begrafenis van haar vader naar Turkije wilde gaan.

- Vragenlijsten

DASS

Uit de scores van deze mevrouw blijkt dat ze een verandering in haar stress beleving heeft ervaren. Aan het eind van de behandeling zijn haar scores op deze schaal niet meer extreem ernstig, maar ernstig. De verandering van de angst of depressie scores zijn niet voldoende om de klachten minder ernstig in te schalen.

TWCI

De scores van deze mevrouw zijn op alle schalen omhooggegaan. Op de schaal sociale ondersteuning opzoeken is een verhoogde score een positief ontwikkeling, omdat de patiënten zich actief met het probleem bezig houden, door advies aan anderen te vragen, of hulp bij de familie, vrienden of kennissen te zoeken. Een hoog score op de vermijdings schaal is aan de andere kant negatief, omdat de problemen weggestopt worden. Verder is een gestegen score op de zelfschuld schaal geen kenmerk van een effectieve behandeling, omdat de patient zichzelf de schuld geeft voor het ontstaan van het probleem. Het minst zijn de scores op de religieuze coping schaal omhooggegaan.

- Observatie tijdens behandeling

Het is te zien dat ze lichamelijke klachten heeft. Ze kan niet goed zitten vanwege haar knie en rug en maakt een gepijnigde indruk.

- Na afloop van behandeling

Mevrouw 04 vond de groep wel gezellig. Ze heeft het als leuk ervaren om tijdens de creatieve- en de bewegingstherapie met iets anders in haar hoofd bezig te zijn. Verder heeft de groepstherapie voor haar tot gevolg gehad dat ze zichzelf als een sterker persoon ziet en haar sterke kanten meer waardeert. Haar klachten zijn volgens haar niet afgenomen, omdat het bij

haar vooral om lichamelijke klachten gaat. Ze gaat nu met een zorgcoördinator overleggen, hoe de behandeling afgesloten zal worden.

Case study 5

- Achtergrond/anamnese

Mevrouw 05 is nu 39 jaar oud, ze heeft de lager school gevolgd en leeft vanaf 2000 in Nederland. Haar Nederlands is redelijk goed, zodat gesprekken zonder tolk mogelijk zijn. Ze heeft werk en op haar werk weten ze wel van haar psychische klachten. Ze heeft drie kinderen en ze is twee keer met dezelfde man getrouwd. Ze geeft aan dat met het begin van haar puberteit de klachten zijn begonnen. Het is gediagnosticeerd, dat ze aan een gegeneraliseerde angststoornis lijdt. Verder heeft ze problemen op het werk en een GAF score van 65. Haar angststoornis heeft tot gevolg dat het voor haar moeilijk is om met andere mensen contact op te nemen. Ze is heel kritisch naar zichzelf, wil niets verkeers zeggen, waardoor ze dom over zou komen. Omdat ze niet wil dat andere mensen merken hoe verdrietig ze is, lacht ze meestal.

Ook deze mevrouw heeft problemen met haar schoonfamilie, de schoonmoeder mag haar zonder reden niet, heeft haar de dood gewenst en in haar opdracht is mevrouw veel geslagen. Over wat de schoonmoeder haar heeft aangedaan is de patiënte heel verdrietig. De schoonzus is de enige persoon, met wie ze over haar problemen kan praten. Zelfs haar oudste broer mag niet weten dat ze in behandeling is. Omdat ze ook met haar man niet kan praten is de relatie met hem slecht en ze heeft ook over scheiding nagedacht, maar is er bang er alleen voor te komen staan. De kinderen vinden het erg dat hun moeder ziek is. Ze slaapt veel en kan niet voor hen zorgen, zodat de oudste dochter (20 jaar) de moeder in het huishoud blijkt te zijn. Mevrouw maakt zich wel heel veel zorgen over haar kinderen en is altijd benauwd als ze alleen ergens naar toe gaan, zoals naar school, of alleen willen spelen.

Door burens, vroegere medewerkers of vreemde mensen is mevrouw uitgescholden voor bijvoorbeeld “vieze Turk”. Toen ze wilden verhuizen kond dit niet, want de burens wilden niet naast Turken wonen. Mevrouw wordt door zulke gebeurtenissen natuurlijk nog onzekerder en nog angstiger.

Haar angst is ook een gevolg van het bang maken voor duivels in Turkije. Vanwege haar religie gelooft ze in duivels en engelen en denkt ook in Turkije eens een duivel gezien te hebben. Hiervoor is ze heel bang.

Bovendien heeft ze problemen met haar administratie, hiervoor heeft ze zorg aangevraagd. In haar dossier is er vaker de sprake van financiële problemen en problemen met het invullen van verschillende formulieren, zoals voor het aanvragen van een uitkering. Haar man kan geen Nederlands spreken en het is moeilijk voor hem een baan te vinden.

Eigenlijk is ze uitbehandeld en zou dus moeten leren goed met haar klachten te leven. Het blijkt wel dat ze zich op het gebied van haar sociaal leven ontwikkeld, zo spreekt ze in september 2008 nog van spanningen die optreden als ze contact moet hebben met andere mensen, waardoor ze op zulke momenten niet meer goed kan nadenken en deze situaties vermijdt. Eind maart 2010 was ze in staat om op haar werk te trakteren en zo in het middelpunt van de belangstelling te staan. Haar grootste doel is om meer sociale contacten te hebben. De vrouwen groep zou hier een eerste stap voor zijn.

- Voorbehandeling

Vanaf 2002 volgt ze verschillende behandelingen onder andere in een Polikliniek en ook op dit moment neemt ze deel aan een ondersteunende therapie (vanaf 17-02-2010).

- SDM

In haar eerste herinnering beschrijft ze met 42 woorden een moment waarop haar man en haar zoon ziek zijn geweest. Haar tweede herinnering bestaat uit 32 woorden en gaat over de gevoelens van mevrouw 05 die ze ervaart als ze een sirene hoort. Hoe bang deze vrouw is dat haar kinderen bij een ongeval betrokken zijn, is bij haar SDMs het meest opvallende. Beide herinneringen gaan over deze gedachten. In de eerste uiting beschrijft ze een specifieke situatie die ze zich herinnert, waarin ze alleen door de angst dat iets de kinderen zal overkomen, ziek wordt (specific event, type 1, non-integrative, categorisering) en de andere uiting is meer een greep uit haar dagelijkse leven hoe ze door haar vrees belemmerd wordt (generic, non-integrative, categorisering).

Op het derde meetmoment heeft mevrouw alleen nog opgeschreven dat haar verlegenheid en haar angst karakteristiek voor haar zijn.

- Observatie tijdens behandeling

Ook tijdens de behandeling valt op dat deze mevrouw heel verlegen en beschroomd is. Ze zegt alleen iets als haar iets gevraagd wordt, terwijl ze heel goed Nederlands kan praten. Verder probeert ze altijd haar emoties te verbergen, door te lachen, als ze eigenlijk triest is.

- Vragenlijsten

DASS

Als de begin scores met haar scores aan het eind worden vergeleken, verschillen ze nauwelijks. Op de DASS zijn geen positieve effecten te herkennen. Haar klachten zijn nog steeds als extreem ernstig (depressie en angst) en als ernstig in te delen.

TWCI

In de manier hoe mevrouw 05 met stressvolle situaties omgaat, is volgens de TWCI geen verandering zichtbaar. De scores hebben zich nauwelijks veranderd. Opvallend zijn de hoge scores op de zichzelf de schuld geven schaal, die constant hoog zijn gebleven.

- Na afloop van behandeling

Naar eigen zeggen zijn de klachten van mevrouw op een schaal van 0 tot 10 van 8 naar 7 afgenomen. In het tegen zichzelf aankijken heeft mevrouw 05 door de behandeling geen verandering ervaren. Maar ze geeft wel aan dat ze een van haar doelen (meer contact met andere mensen hebben) door de groep heeft bereikt. Haar angsten blijken nog dezelfde te zijn.

Case study 6

- Achtergrond anamnese

Ten tijde van de behandeling is mevrouw 06 45 jaar. Ze woont samen met haar echtgenoot en haar jongste zoon en kan nauwelijks Nederlands praten. Ze heeft als productiemedewerker bij een kippenslachterij gewerkt, maar vanaf 2008 kan ze vanwege haar ziekte niet meer werken. Voor een depressieve stoornis (eenmalige episode, licht) en voor angst- en stemmingsklachten is ze in behandeling. Verder heeft ze problemen binnen haar primaire steun groep. Haar GAF score is 55.

Mevrouw 06 komt uit een groot gezin met drie zussen en drie broers, wegens een ruzie heeft ze geen contact meer met haar broers en zussen en ook niet met haar schoonzus. Het contact met haar man benoemt ze ook als niet goed, ze voelt niets voor hem, maar scheidt toch niet van hem, omdat ze medelijden met hem heeft, vanwege moeilijke tijden die hij heeft meegemaakt. Als haar echtgenoot van haar zou willen scheiden, zou ze het zonder aarzelen doen. Toen ze eens met hem wilde praten, vond hij haar gedachten te raar en was met zijn eigen hoofd te druk bezig, om naar haar te luisteren. Volgens mevrouw zijn haar klachten ontstaan, omdat ze zich zo eenzaam voelt en zich niet door haar man begrepen voelt. Tijd voor zichzelf nemen vindt ze moeilijk, omdat ze aangeeft vanaf haar huwelijk geen beslissingen meer over haar eigen leven heeft kunnen maken.

Als ze aan het verleden denkt, vindt ze dat ze een vrolijke persoon was, die plezier beleefde aan feestjes, graag ging winkelen, dansen en veel contact met andere mensen had.

Haar ouders hebben toen ze een kind was grapjes gemaakt en haar openlijk geknuffeld. Toen was ze een vrolijk kind/vrouw en ze weet niet, waar deze persoon nu is.

Met haar kinderen heeft ze goed contact. Ze voelt zich heel verantwoordelijk voor haar kinderen (24, 25 en 27 jaar oud) en kan ze niet los laten. Haar dochter heeft ook relatieproblemen gehad in haar huwelijk. Het verdriet van haar dochter maakt mevrouw 06 ook verdrietig.

Verder heeft ze niet veel contact met andere mensen. Ze heeft wel vriendinnen, maar deze vertrouwt ze niet, ze vertelt hen niet alles, uit angst voor vuilspuiterijen.

In haar dossier uit 2008 staat dat ze een subassertieve coping stijl heeft. Vanaf augustus 2009 is in haar dossier ook sprake van problemen met de cultuur, met name aanpassingsproblemen. Verder wilde mevrouw 06 in augustus 2009 nog helemaal niet deelnemen aan een groepsbehandeling. Na verloop van tijd wilde ze het toch proberen, maar vond het nog steeds eng en ook tijdens de behandeling zegt ze dat ze moeite heeft alles in de groep te vertellen, omdat ze bang is dat dingen door verteld worden en dat mensen dan slecht over haar denken.

- Voorbehandeling

Vanaf 1997 is mevrouw ingeschreven voor behandeling. Van 10.07.2008 tot 11.11.2008 en 20.11.2008 tot 07.05.2009 is ze poliklinisch behandeld en van 04.04.2009 tot 13.08.2009 heeft ze een behandelende begeleider gehad. Verder volgt ze vanaf 06.08.2009 een cognitieve gedragstherapie en is op 05.01.2010 een steunende en structurele therapie begonnen. Bovendien is ze in behandeling bij een fysiotherapeut.

- Doel

De behandeling van haar depressie, het vergroten van het zelfvertrouwen, beter grenzen leren stellen, meer tijd voor zichzelf nemen en meer afstand kunnen nemen van de problemen van haar kinderen zijn de doelen, die deze mevrouw voor zichzelf heeft opgesteld. Verder zou ze het leuk vinden als ze haar sociale steungroep zou kunnen vergroten. Bovendien heeft ze geuit dat ze graag weer de oude wil zijn, met name vrolijk wil zijn, plezier wil ervaren, positief wil kunnen denken en kunnen ontspannen.

- SDM

Proefpersoon 06 is de enige vrouw die een helemaal positieve herinnering beschrijft. Ze vertelt haar herinneringen in 18, 29 en 34 woorden. In de eerste herinnering zegt ze dat ze soms aan het overlijden van haar vader moet denken. De tweede herinnering gaat over wat ze van haar man en zijn familie had te verduren. In de derde herinnering vertelt ze hoe blij ze is, haar kinderen goed opgevoed te hebben. Mevrouw 06 vertelt niet zo veel over haar beleving van de gebeurtenissen, daarom zijn deze SDMs in vergelijking met de andere vrouwen heel

kort. In herinnering twee zegt ze wel dat ze verdrietig is over haar negatieve ervaringen met haar man en zijn familie, maar ze treedt niet in detail. Bij de eerste SDM gaat het om een negatieve specifieke gebeurtenis, type 1, non-integratieve, zuiver gebeurtenis, omdat de vrouw het erover heeft dat ze soms aan het overlijden van haar vader moet denken en er bedroeft van wordt. De twee andere uitspraken zijn generieke categoriserend, de ene is negatief en de andere positief.

Mevrouw 06 is de enige die op het derde meetmoment nog een herinnering met 63 woorden heeft opgeschreven. Hier herinnert ze geen moment uit haar verleden, maar vertelt ze over zichzelf, dat ze snel gekrenkt wordt, dat bij anderen mensen niet doet en dat ze zo veel medelijden met anderen heeft, dat ze zelfs als meelijwekkend ervaren wordt.

- Vragenlijsten

DASS

De scores van deze mevrouw zijn na afloop van de behandeling gedaald. De meest extreme daling is op de stress schaal te vinden. Hier gaan de scores van extreem ernstige tot gematigd scores omlaag. De depressie scores zijn ook met 10 punten gedaald, maar nog steeds zijn ze zo hoog, dat ze als extreem ernstig ingedeeld worden.

TWCI

de meeste schalen is er nauwelijks verandering. Haar probleem gerichte coping blijkt te zijn gestegen en de score op de schaal, die aangeeft of de vrouwen zichzelf de schuld voor hun problemen geven is ook verhoogd.

Observatie tijdens behandeling

Mevrouw komt tijdens de behandeling vaak aan de beurt en vertelt blijkbaar graag ervaringen. Ze maakt een verbitterde indruk en mist de ondersteuning van haar familie. Zegt vaak dat zij graag andere mensen helpt, maar zelf geen hulp van anderen ervaart. Ontspannings oefeningen oefent ze trouw uit.

- Na afloop van behandeling

Mevrouw geeft wel aan iets geleerd te hebben door de deelname aan de groep, met name van het luisteren naar de andere vrouwen en de begeleiders, maar ze zegt ook dat ze zich niet voldoende vrij voelde, om open in de groep over haar problemen te praten. Het advies voor haar is, om individueel aan haar problemen verder te werken, wat ze ook graag wil doen.

Case study 7

- Achtergrond anamnese

Op het moment van de behandeling is mevrouw 07 39 jaar oud. Ze heeft een zoon en een dochter, ze is gescheiden en leeft ook niet meer met haar man samen. Vanaf 1988 is ze in Nederland. Haar hoogste opleiding is de lage school. Een depressieve stoornis (eenmalige episode, ernstig zonder psychotische kenmerken), een paniekstoornis met agorafobie en een post traumatische stress stoornis zijn bij haar gediagnosticeerd. Ze heeft een GAF score van 55 en problemen binnen haar primaire steungroep.

Mevrouw 07 zegt dat haar klachten zijn ontstaan, omdat ze op een jonge leeftijd (16jaar) uitgehuwelijkt was, relatie problemen heeft en omdat ze slecht in Nederland geïntegreerd is. In maart 2009 heeft ze bij de Turkse thuiszorg gewerkt, maar al in juni van het zelfde jaar zat ze weer in de ziekte wet. Vanaf 2006 is ze van haar man gescheiden, maar heeft nog steeds veel problemen met hem, hij maakt haar bijvoorbeeld voor “hoer” uit, als ze hem op straat ziet. Verder mag hij niet in de buurt van haar woning komen en de schoonfamilie van mevrouw roddelt nog steeds over hen. Mevrouw 07 is door haar man seksueel misbruikt en voelt nog steeds zijn aanwezigheid. Zo kan ze bijvoorbeeld niet op de kant van haar voormalige echtgenoot slapen.

Ze heeft twee kinderen (zoon van 11jaar, dochter van 18jaar), de zoon woont bij de patient en de twee kinderen hebben ook geen contact met hun vader. Ze had suïcidale gedachten, maar wilde geen zelfmoord plegen, omdat haar zoon dan alleen zou achter blijven. Als ze 's nachts angsten heeft neemt ze haar zoon mee naar haar bed. Ze maakt zich ook zorgen om hem, omdat de schoolleiding hem al heeft gevraagd of er problemen thuis zijn. Ze wil dat haar zoon een zorgenvrij leven heeft en is daarom nog meer verdrietig als ze zo iets hoort. De familie van mevrouw 07 woont in Turkije en ze wil hen niet met haar problemen lastig vallen.

Een reden om deze vrouw voor de groepsbehandeling in te schrijven was dat ze behoefte aan uitwisseling/herkenning heeft en ze weinig contact met andere mensen heeft en zo weinig mogelijkheden heeft om over haar problemen te praten.

- Voorbehandeling

Ze heeft de cursus lichte dagen, donkere dagen gevolgd en was daardoor gemotiveerd om aan de Turkse vrouwen groep deel te nemen. In augustus 2009 was ze deelnemer bij een cognitieve gedrags therapie (poliklinisch). Verder heeft ze tijdens een depressieve fase medicatie gebruikt. Fysiotherapie volgde ze voor haar lichamelijke klachten in nek en schouders.

Vanaf januari 2010 neemt ze deel aan een steunende structurele therapie.

- Doel

Nee leren zeggen en van de angsten afkomen zijn de doelen voor deze groepsbehandeling geweest. Eerdere hulpvragen zijn dat ze minder boos wil zijn minder wil huilen, het lukt om niet op anderen af te reageren en ze wil een betere moeder voor haar kinderen zijn (22.09.2009). In augustus 2009 heeft ze ook nog als doelen genoemd, leren te ontspannen, minder te piekeren, met schrikreacties om te kunnen gaan en ze wilde haar grenzen aan kunnen geven. Het verminderen van haar paniek-, angst- en slaapklachten was een doel in juni 2009.

- Klachten

In september 2009 was er sprake van een eenmalig ernstige depressie, van een PTSS en een paniekstoornis. Deze klachten worden met haar problematische huwelijk en scheiding in verband gebracht. Verder geeft mevrouw aan, dat ze veel boosheid voelt, zich slecht kan concentreren, niet goed slaapt en somber is.

- SDM (30, 32, 17 woorden)

Mevrouw 07 schrijft haar SDMs in 30, 32 en 17 woorden. De eerste SDM (specifieke gebeurtenis, type 3 non-integrative, categorisering) gaat over discriminatie. Bij het tweede beschreven moment schaamde ze zich tegenover haar zoon (specifieke gebeurtenis, type1, non-integrative, categorisering) en de derde herinnering gaat over een meer algemeen probleem van zich bedrogen voelen.

- Vragenlijsten

DASS

Aan de hand van de DASS scores is geen verbetering van de klachten te zien. Als naar de indeling door de percentielen wordt gekeken, blijkt deze vrouw extreem ernstige problemen te hebben, die door de behandeling niet zijn verbeterd.

TWCI

Opvallend bij de scores van deze mevrouw zijn de gezakte vermijding en emotie gerichte scores. Dat betekent, dat mevrouw 07 problemen na de behandeling niet meer uit de weg gaat, wat ook een vorm van emotionele coping is. De emotie gerichte coping score liep eveneens terug, ze verwerkt stressvolle gebeurtenissen dus niet meer door het tonen van emoties. De overige scores zijn niet heel erg veranderd.

- Observatie tijdens behandeling

Tijdens de bijeenkomsten maakt de patiënt een indruk, alsof ze haar echte emoties niet wil laten zien. Ze lacht overdreven veel, ook als ze eigenlijk verdrietig is. Bij de rollenspelen was het moeilijk voor haar, om niet te lachen en serieus te blijven.

- Na afloop van behandeling

De patiënt geeft aan, dat haar klachten door de behandeling niet zijn afgenomen. De ergste klachten zijn de angstklachten. Haar doelen heeft ze gedeeltelijk bereikt, ze kan nu beter nee zeggen en neemt meer tijd voor zichzelf. Zo gaat ze nu twee keer in de week sporten, omdat ze vindt dat sport haar spanningen opheft. Andere positieve aspecten van de behandeling zijn voor haar de ademhalingsoefeningen en het gesprek met de andere vrouwen. Ze gaat de vrouwengroep nu nog een keer doen en wil tegelijkertijd ook individueel paniekmanagement volgen.

Discussie

Resultaten

Als eerst is te zeggen dat de behandeling van vrouwelijke eerste generatie allochtonen een grote uitdaging is. Het is moeilijk, omdat de oorzaken van hun problemen niet te veranderen zijn. Een helemaal probleem vrij leven zullen ze bijna niet kunnen bereiken. De verwachting die de vrouwen van tevoren hadden, dat ze na de behandeling geen problemen meer zouden hebben, is helaas juist. Met dit conflict om te gaan ondanks alle beperkingen en toch een behandelingseffect te bereiken, is een groot doelstelling. De doelgroep van deze behandeling is heel moeilijk te behandelen vanwege hun complexen problemen. Ze hebben zo wel psychologische als sociaal culturele problemen. Verder spreken de vrouwen slecht Nederlands. Tegen deze achtergrond moeten de resultaten bekeken worden.

Vragenlijsten

Als de resultaten van de DASS worden bekeken, is alleen bij één vrouw een effect van de behandeling zichtbaar. Op de stress schaal heeft ze na de behandeling een gematigde score. Verder zijn bij de andere vrouwen dalingen in de scores te zien, maar de scores zijn in vergelijking met niet zieke mensen veel hoger en worden ondanks de behandeling als ernstig tot extreem ernstig ingedeeld. Kortmann (2006) beschrijft, dat de ziekte van een niet westerse persoon niet per se het zelfde inhoudt, als wat in westerse diagnostische termen word uitgedrukt. Het is mogelijk, dat de hoge scores op de DASS hiermee te verklaren zijn.

Een grotere effect van de behandeling zou door de TWCI te zien zijn, als de vrouwen zichzelf minder de schuld voor hun problemen geven en hun problemen minder vaak uit de weg gaan. Alleen bij één vrouw was bij de vermijdings score een daling te zien. Vier vrouwen

geven zich na de behandeling volgens de TWCI scoren vaker zelf de schuld van hun problemen.

Verder was dit onderzoek bedoeld, om te onderzoeken, of SDM een geschikt meetinstrument voor Turkse vrouwen zou zijn. Dit is niet zo. Een vrouw geeft aan voor het invullen van de SDM niet voldoende geduld te hebben. Bij het derde meetmoment is er maar een vrouw geweest die een herinnering heeft opgeschreven. Verder is als resultaat met betrekking tot de SDMs nog te zeggen, dat opviel dat met uitzondering van één vrouw alle vrouwen negatieve herinneringen hebben opgeschreven.

Eindgesprekken

In een evaluatie gesprek na afloop van de behandeling hebben de vrouwen de mogelijkheid gehad, om over hun behandeling te praten. Maar een vrouw geeft aan zich nu “bijna normaal” te voelen. Bij alle anderen vrouwen heeft geen, of een heel kleine (op een schaal van 0 tot 10 is de zwaarte van klachten van 8 tot 7 afgenomen) vermindering van klachten plaats gevonden.

Bij het bereiken van de behandelingsdoelen lijkt de behandeling een positief effect te hebben gehad. Twee vrouwen zeggen dat ze hun doelen niet bereikt hebben. De anderen vijf hebben ze ook niet helemaal bereikt, maar ze geven aan dat ze ermee bezig zijn en dat ze een verandering in hun gedrag merken. Eén vrouw gaat de vrouwen behandeling nog een keer volgen (NB. niet de vrouw, die halverwege was begonnen). De anderen gaan met hun hulpcoördinatoren overleggen, hoe ze verder behandeld zullen worden en gaan individueel verder aan hun doelen werken.

Observaties

Op grond van de observaties tijdens de bijeenkomsten is wel een effect van de behandeling te zien. Het is opvallend dat de vrouwen over hun situatie nadenken en proberen de oefeningen, die ze tijdens de behandeling leren in hun dagelijks leven toe te passen. Zelfs als dit niet helemaal lukt, hebben de vrouwen toch een impuls door de behandeling gekregen. Het blijft in hun achterhoofd. De bewegingstherapie blijkt verder effectief te zijn, ook als de vrouwen het niet bewust benoemen, maar het viel tijdens de therapie op dat ze niet meer met hun problemen bezig waren, maar zich helemaal op het sporten concentreerden.

Tijdens de gesprekken word ook duidelijk dat sommige vrouwen meer tijd voor zichzelf nemen. Zo heeft een vrouw verteld, dat ze voor het eerst in haar leven naar de bioscoop is geweest en bovendien nu ook iedere avond met een buurvrouw gaat wandelen.

Een andere vrouw is het gelukt om op haar werk te trakteren. Het zijn kleine stapjes in het bereiken van de doelen en deze effecten van de behandeling zijn niet goed door de vragenlijsten weer te geven.

Beperkingen

Dit onderzoek en de behandeling hebben een aantal beperkingen. Het werken met de verschillende onderzoeksinstrumenten leverde problemen op en ook bij het werken met allochtone patiënten kunnen zich conflicten tijdens de behandeling voordoen. Verder was het voor het onderzoeken naar het behandelingseffect een beperking, dat het een te kleine groep was om statistisch onderzoek te kunnen doen. Zelfs als dat had gekund, was er geen controle groep geweest, waarmee de scores vergeleken hadden kunnen worden. Verder was het aantal bijeenkomsten, dat ik heb geobserveerd te gering, om op grond van deze observaties een voldoende beeld van de behandeling en het effect van de behandeling te krijgen. Mijn aanwezigheid beperkte zich verder tot de laatste bijeenkomsten. Het is vanwege deze reden moeilijk de totale verandering van de vrouwen te beschrijven.

Problemen, die de vrouwen tegen gekomen kunnen zijn tijdens het invullen van de vragenlijsten en die Frank Kortman (2006) ook in zijn boek noemt, zijn het “niet begrijpen van items, de ingewikkeldheid van vragen, onvoldoende begrip van de instructies en problemen bij de interpretatie van de antwoorden”. Verder zegt Eckhardt Koch (2005) in het boek ”Migration und seelische Gesundheit”, dat het van migranten te veel zou kunnen vragen, als ze een vragenlijst in moeten vullen, de resultaten moeten dus met voorzichtigheid bekeken worden.

Het is mogelijk dat de behandeling wel effect bij de vrouwen heeft gehad, maar dat dit effect door de moeilijkheden bij het invullen van de vragenlijsten en een niet bij de vrouwen passend scoringssysteem niet naar voren kan komen.

Een moeilijkheid bij de behandeling van de Turkse vrouwen is dat ze tijdens de groepsbijeenkomsten niet over alles willen of kunnen praten uit angst voor roddels. Er zijn vrouwen, die niet deel willen nemen aan een groep, als er bekenden van hen of hun familie in de groep zitten. Alle vrouwen in de groep hebben problemen en meestal zijn die vergelijkbaar, maar toch vertellen ze het aan buitenstaanders verder.

Frank Kortmann (2006) zegt in zijn boek dat het voor mensen uit een collectivistische cultuur verder belangrijk is dat het systeem, waarin ze leven bij de behandeling moet worden betrokken. Problemen zijn niet van individuele aard, maar meestal een familie probleem. Aan de ene kant zou het voor de vrouwen dus nuttig zijn, om

familieleden bij de behandeling te betrekken, aan de andere kant willen ze dit niet, omdat ze binnen hun gezin meestal niet over hun psychologische klachten praten.

Aanbevelingen

Op grond van de scores op de vragenlijsten zijn er geen effecten van de behandeling te zien en ook de behandeldoelen zijn niet volledig bereikt. Maar gebaseerd op de observaties tijdens de bijeenkomsten kan geconcludeerd worden, dat de behandeling wel een steunend en structurerend effect heeft.

Er is weinig wetenschappelijk onderzoek naar de behandelmogelijkheden van allochtonen gedaan. Het is dus moeilijk te zeggen, hoe de behandeling verbeterd kan worden. Het is duidelijk dat de behandeling niet zo effectief is als gewenst. Maar er bestaan geen echte alternatieven, waarvan bewezen is dat ze beter zijn, dan deze behandeling. Verder lijkt het onmogelijk de intensiteit van de behandeling te vergroten, omdat het programma nu al niet regelmatig gehaald wordt.

Voor het bereiken van de behandeldoelen is het belangrijk dat de vrouwen de juiste verwachtingen van de behandeling hebben. Ze moeten weten dat hun klachten door de behandeling niet zullen afnemen, maar dat, als ze kleine stapjes doen, zoals 15 minuten per dag wandelen, dit al een groot succes van de behandeling zou zijn.

De belangrijkste aanbeveling is, dat in een groep zo veel mogelijk mensen van de zelfde leeftijd zitten. Dit is voor het oefenen van sociale vaardigheden belangrijk. Het zal niet bij iedere groep mogelijk zijn, vanwege een te klein aantal deelnemers.

De vrouwen hebben met uitzondering van een vrouw, allen alleen de lagere school gevolgd. Maar een paar konden goed Nederlands praten, een vrouw kond zelfs helemaal niet lezen. Het is aan te bevelen, als het ook geregeld wordt, dat de vrouwen aan een Nederlands taalcursus deelnemen of bijscholing volgen. Dit is ook een aanbeveling van Sauer en Halm (2005) voor Turkse migranten, om beter te integreren.

Het gebruiken van SDMs als meetinstrument voor Turkse vrouwen is niet te adviseren. De DASS is bovendien niet geschikt, omdat de klachten en de verandering van de klachten door het scoringssysteem niet goed aangetoond worden. De TWCI blijkt op grond van dit onderzoek geschikt voor metingen bij Turkse vrouwen. Maar zowel voor de DASS als voor de TWCI moeten passende normgroepen beschikbaar zijn, voor zowel mensen zonder als met psychische klachten. Het meest bruikbare onderzoeksinstrument blijkt de observatie te zijn en niet de vragenlijsten. Hier is het belangrijk dat de observatie systematischer is en over

de gehele cursus plaatsvindt, om de veranderingen bij de vrouwen beter waar te kunnen nemen. De observatie schema's zullen gericht naar het gedrag van de vrouwen kijken.

Samenvattend is te zeggen dat de belangrijkste meerwaarde van de behandeling is, dat de vrouwen hun sociale isolement doorbreken, hun autonomie vergroot wordt en ze gemotiveerd worden om actiever te worden. Het is aan Dimence, of de stappen, die door de behandeling bereikt worden voldoende zijn, om het aanbod te continueren.

Verder onderzoek op het gebied van transculturele psychologie is absoluut noodzakelijk. Zo wel onderzoek naar effectieve behandelmogelijkheden als naar geschikte meetinstrumenten moet verder verdiept worden.

Referentielijst

- a) Tabel Bevolking per maand; leeftijd, geslacht, herkomst, generatie. (z.d.) verkregen op 1 juni, 2010 van <http://statline.cbs.nl/StatWeb/publication/default.aspx?VW=T&DM=SLNL&PA=71090ned&LA=NL>.
- b) Jaarrapport Integratie 2008. Verkregen op 6 juni, 2010, van <http://www.cbs.nl/NR/rdonlyres/37812C9B-39B7-46FC-A893-294F18933E81/0/2008b61pub.pdf>.
- c) Souren, M., & de Vries, J. (2009) *Arbeidsparticipatie van vrouwen: een vergelijking naar opleidingsniveau, leeftijd en herkomst*. Verkregen op 7 juni, 2010, via Centraal Bureau voor de Statistiek Web site: http://www.cbs.nl/NR/rdonlyres/A2841CF1-3743-4139-81E0-1D09E6A966D4/0/SET_20094_Pag0712.pdf.
- d) Emancipatiemonitor 2008. Verkregen op 6 juni, 2010, van <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/themas/arbeid-sociale-zekerheid/publicaties/artikelen/archief/2009/persbericht-emancipatimonitor.htm>
- e) Gezondheid en zorg in cijfers 2009. Verkregen op 1 juni, 2010, van <http://www.cbs.nl/NR/rdonlyres/CC6F3071-309A-4D3C-B42B-2772F4C3F464/0/2009c156pub.pdf>.

f) Verweij, G., de Bruin, A., de Ree, J., Kardaun, J. (2004). Ziekenhuisopnamen naar herkomstgroepering en diagnose, 1995–2001. Verkregen op 7 juni, 2010, via Centraal Bureau voor de Statistiek Web site:
<http://www.cbs.nl/NR/rdonlyres/BEBCC7FF-B7A7-4538-8D17-8EB286C3852C/0/2004k3b15p097art.pdf>.

Depression Anxiety Stress Scales (DASS). Verkregen op 8 mei, 2010, via Psychology Foundation of Austria Web site: <http://www2.psy.unsw.edu.au/groups/dass/>.

Acherrat-Stitou, Z. (2009). Islam en psychiatrie in Nederland, een verkenning. *Psyche & Geloof*, 2, 110-118.

Bayram, N., Bilgel, N., (2008). The prevalence and socio-demographic correlations of depression, anxiety and stress among a group of university students, *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 43, 667–672.

Bozo, Ö., Gençöz, F., Gençöz, T. (2006). Hierarchical dimensions of coping styles: a study conducted with Turkish university students. *Social Behavior & Personality: An International Journal*, 34 (5), p525-534.

Crane, C., Barnhifer, T. Williams, M.G. (2007). Cue self-relevance affects autobiographical memory specificity in individuals with a history of major depression. *Psychology Press MEMORY*, 15 (3), 312-323.

Dagevos, J., Euwals, R., Gijssels, M., Roodenburg, H., (2007). *Türken in Deutschland und den Niederlanden die Arbeitsmarktposition im Vergleich*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau/Centraal Planbureau (scp-Publikation).

De Ruiter, C., Hildebrand, M. (2006). *Handboek psychodiagnostiek Van testmethode naar toepassing*. Amsterdam: Harcourt Book Publishers.

Fassaert, T., de Witt, M.A.S., Verhoeff, A.P., Tuinebreijer, W.C., Gorissen, W.H.M., Beekman, A.T.F., Dekker, J. (2009). Uptake of health services for common mental disorders by first-generation Turkish and Moroccan migrants in the Netherlands. *BMC Public Health*, 9.

Halbach Moffitt, K., Singer, J.A., Nelligan, D.W., Carlson, M.A., Vyse, S.A. (1994). Depression and Memory Narrative Type. *Journal of Abnormal Psychology*, 103(3), 581-583.

Haasen C., Yagdiran O. (2000). *Beurteilung psychischer Störungen in einer multikulturellen Gesellschaft*. Freiburg: Lambertus Verlag.

Haasen, C., Kleinmeier, E., Yagdiran, O. (2005). Kulturelle Aspekte bei der Diagnostik psychischer Störungen. In Assion, H.-J., (Hrsg.), *Migration und seelische Gesundheit* (145-153). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Heise, T. (2005). Entwicklungsgeschichte der Transkulturellen Psychiatrie. In Assion, H.-J., (Hrsg.), *Migration und seelische Gesundheit* (47-58). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Hoogsteder, M. Sönmez, N. Interview met Laurence J. Kirmayer 'The realities of what the body brings us. *Cultuur Migratie Gezondheid*, 305, 39-45.

Jobson, L., O'Kearney, R., (2008). Cultural differences in retrieval of self-defining memories. *Journal of cross-cultural psychology*, 39(1), 75-80.

Kirkcaldy, B., Wittig, U., Furnham, A., Merbach M., Siefen R. G., (2006). Migration und Gesundheit: psychosoziale Determinanten. In *Migration und Gesundheit*, Pigeot-Kübler, Bips & Lehmann, H. (Eds.), *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 49, 873-883. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Koch, E. (2000). Zur aktuellen psychiatrischen und psychosozialen Versorgung von Minoritäten in Deutschland. In Koch, E., Schepker, R., Taneli, S., (Hrsg.), *Psychosoziale Versorgung in der Migrationsgesellschaft. Deutsch-türkische Perspektiven* (55-68). Freiburg i Br: Lambertus.

Koch, E. (2005). Institutionelle Versorgung von psychisch kranken Migranten. In Assion, H.-J., (Hrsg.), *Migration und seelische Gesundheit* (167-183). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Kortmann, F. (2006). *Transculturele psychiatrie van praktijk naar theorie*. Assen: Van Gorcum.

Lovibond, P.F., & Lovibond, S.H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories, *Behaviour Research and Therapy*, 33, 335–343.

Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales*. Sydney: Psychology Foundation.

Machleidt, W., Dralipp, P., Calliss, I. T. (2005). Die 12 Sonnenberger Leitlinien – Handlungsimpulse für die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung von Migranten. In Assion, H.-J., (Hrsg.), *Migration und seelische Gesundheit* (215-230). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Özenli, Y., Haydardedeoglu, B., Micozkadioğlu, I., Şimşek, E., Kılıçdağ, E.B., Bağış, T. (2008). Anxiety, Depression and Ways of Coping Skills in Women with Polycystic Ovary Syndrome: A Controlled Study, *J Turkish-German Gynecol Assoc*, 9(4), 190-194.

Oude Avenhuis, A. (2004). Wisselende perspectieven een goede behandeling is én seksspecifiek én intercultureel. *Cultuur Migratie Gezondheid*, 204, 40-51.

Sauer, M. & Halm, H. (2005) Integration versus Segregation bei türkischen Migranten. In Assion, H.-J., (Hrsg.), *Migration und seelische Gesundheit* (67-82). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Salvendy, J.T., (1991). Ethnocultural considerations in group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 49(4), 429-464.

Sevinç Göral, F., Kesimci, A., Gençöz, T. (2006). Roles of the controllability of the event and coping strategies on stress - related growth in a Turkish sample. *Stress and Health*, 22, 297–303.

Singer, J. & Blagov, P. S. (2000-2001). Classification system and scoring manual for self defining autobiographical memories. *Self Defining Memories*.

Singer, J., Rexhaj, B. & Baddeley, J. (2007). Older, wiser, and happier? Comparing older adults' and college students' self-defining memories. *MEMORY*, 15(8), 886–898.

Van Bakkum, D., van de Ende, M., Heezen, S. & van den Berg, A.H. (1996). Migratie als Transitie - de Liminelle Kwetsbaarheid van migranten en implicaties voor de hulpverlening. In: de Jong, J. & van den Berg, M. (Hrsg.), *Transculturele psychiatrie en psychotherapie* (35-59). Lisse: Amsterdam.

Vandereycken, W., Hoogduin, C.A.L. & Emmelkamp, P.M.G. (2008). *Handboek psychopathologie deel 1 basisbegrippen*. Houten: Bohn Stafleur van Loghum.

Van der Stel, J., (2004). *Groepspsychotherapie in de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg in vergelijking met individuele therapie. Een overzicht van de literatuur*. Verkregen op 2 juni, 2010, van http://www.jaapvanderstel.nl/Artikelen%20en%20stukken_files/Groepspsychotherapie_geestelijke%20gezondheidszorg_2004.pdf.

Yin, K.R. (2004). *CASE STUDY METHODS REVISED DRAFT*. Verkregen op 10 mei, 2010, via COSMOS Corporation Web site: <http://www.cosmoscorp.com/Docs/AERAdraft.pdf>.

Bijlaag

Self defining memorys (opgeschreven voor de behandeling)

Mevrouw 01

...kan niet vergeten. Dit zijn allemaal mijn slechte herinneringen. Een van mijn slechte herinneringen van pas geleden:

1. Ik kan het moment dat ik tijdens de operatie in doodsgevaar verkeerde, niet vergeten.
2. Ik kan het moment dat ik wegens de problemen van mijn man voor de rechtbank moest verschijnen, niet vergeten. Als ik terug denk aan het moment, beleef ik dezelfde gevoelens. Ik wil dit in de groep niet vertellen. Ik voel me heel slecht. Ik heb daar van

alles meegemaakt. Stom, sufferd, onnozel. Daar voelde ik me bedrogen, en ik werd aangezien als iemand zonder persoonlijkheid, een sufferd, stom en een onnozele persoon. Ik voelde me daar onnozel. Waarom vraag ik me af. Ik voel steeds spijt. Ik beschuldig mezelf.

3. Ik kan het moment dat ik het ongeluk kreeg, ook niet vergeten. Niet voor mezelf, maar het feit, dat mijn dochter op het moment van het ongeluk aanwezig was, kan ik niet vergeten, ik voel me schuldig.

Mevrouw 02

1. Dag van verloving werd ik gewond. Dag van huwelijk ging ik dood. Was vroeger vrolijk, daarna dood(onder dwang uitgehuwelijkt)
2. Ik heb veel spijt van mijn komst hier heen. Kwam onwillig.
3. Veel angst. Hebben alles te maken met de dag van trouwen. Sinds die dag niet echt meer geleefd.

Mevrouw 04

1. Mevrouw heeft jarenlang problemen ervaren met haar schoonmoeder. Ze is erg buitengesloten door haar schoonmoeder en werd niet geaccepteerd door haar. De schoonmoeder had destijds iemand anders in gedachten om met haar zoon te trouwen. Hierdoor zijn alle problemen ontstaan en werd mevrouw al die jarenlang maar niet geaccepteerd. Dit heeft onderling veel problemen opgeleverd. Ook kreeg zij geen steun van haar man. Opkomen voor jezelf was voor haar een groot probleem. Mevrouw voelde toen heel erg woede en onmacht wanneer zij vertelt over de discussies met haar schoonmoeder. Ook werd ze vaak uitgescholden en herinnert ze dat ze niet welkom was. Mevrouw voelde zich hierdoor heel erg eenzaam en onzeker.
2. Wanneer de vader was overleden van Mevrouw, mocht zij in eerste instantie niet naar de begrafenis (naar Turkije) van haar schoonmoeder. Ze geeft aan dat ze dit heel erg vond en hierdoor erg verdrietig werd. Ze beschrijft haar gevoelens als onmacht, woede en teleurstelling. Later heeft zij alsnog kunnen gaan door de hulp van familie/kennis.
3. Mevrouw geeft aan zelf ook problemen te hebben ervaren met haar eigen schoondochter en zoon. Haar zoon is toen hij verloofd was er van door gegaan met iemand anders. Mevrouw heeft dit een aantal jaren niet geaccepteerd en heeft geen contact gehad met haar schoondochter. Hiervan heeft zij heel erg spijt. Ze wil absoluut niet dat haar eigen schoondochter dezelfde dingen meemaakt als wat Mevrouw heeft meegemaakt. Ze heeft zich toen heel erg verdrietig gevoeld en was teleurgesteld.

Vooral omdat ze zo iets niet van haar zoon had verwacht. Mevrouw heeft heel erg spijt dat ze zolang heeft gezwegen en niet voor zichzelf is opgekomen.

Mevrouw 05

1. Mijn man was ziek (tandpijn) en mijn zoon die was gestoken door een wesp twee keer. Ik was bang, dat hem iets zou overkomen omdat hij van het hoofd was gestoken. Ik was zo bang geworden dat ik zelf ziek ben geworden.
2. Als ik sirene hoor van een ambulance ben ik ook doodsbang dat mijn kinderen wat is overkomen. Dan bel ik direct naar huis of ik probeer zo snel mogelijk thuis te komen.

Mevrouw 06

1. Wat mij bedroeft en waar ik af en toe aan (moet denken) is het overlijden van mijn vader.
2. Af en toe moet ik denken aan hetgeen ik moest verduren van mij man en zijn familie en wat ik allemaal heb meegemaakt, en ik word er verdrietig van.
3. Ik heb drie kinderen. Wat mij en hem het meest blij maakt, is het feit dat ik deze kinderen op de wereld zette en hen heb opgevoed tot hun huidige niveau. Dat ik blijdschap.

Meetmoment 03

1. Ik wil doen wat ik in mijn hoofd heb gezet. Als ik dat niet doe, heb ik er last van. Ik ben snel gekrenkt, ik ben snel kwaad. Eigenlijk ben ik niet kwaad op die persoon. Ik heb erg veel medelijden, ik heb met anderen zo'n medelijden dat ik later meelijwekkend wordt. Ik kan niemand krenken, ik kan geen krenkende woorden gebruiken.

Mevrouw 07

1. Ik ging naar de supermarkt. Zij hebben tegen mij slechte woorden geuit. Ik kan dit niet vergeten. Iedere keer als ik daar naartoe ga, denk ik dat hetzelfde zal gebeuren.
2. Mijn kind ging naar zijn vader en kwam huilend terug. Hij zei tegen mij `heb je lang mijn vader gezocht? Hij is geen goede vader`.Ik voelde mij beschaamd tegen mijn zoon.
3. Ik denk dat iedereen mij als een slecht persoon ziet, omdat zij bij bekenden over mij liegen.

Mevrouw 08 (stopte behandeling)

1. Ik was een jaar geleden erg bang geweest. Ik ben naar....(RIAGG?) gegaan en daar hebben zij mij geholpen.

2. Ik hoop/wens dat niemand op de wereld ruzie maakt of elkaar slaat, dat alles goed gaat.
3. Ik wil graag dat mijn echtgenoot en mijn kinderen naar mij luisteren, maar alleen mijn echtgenoot luistert naar mij.